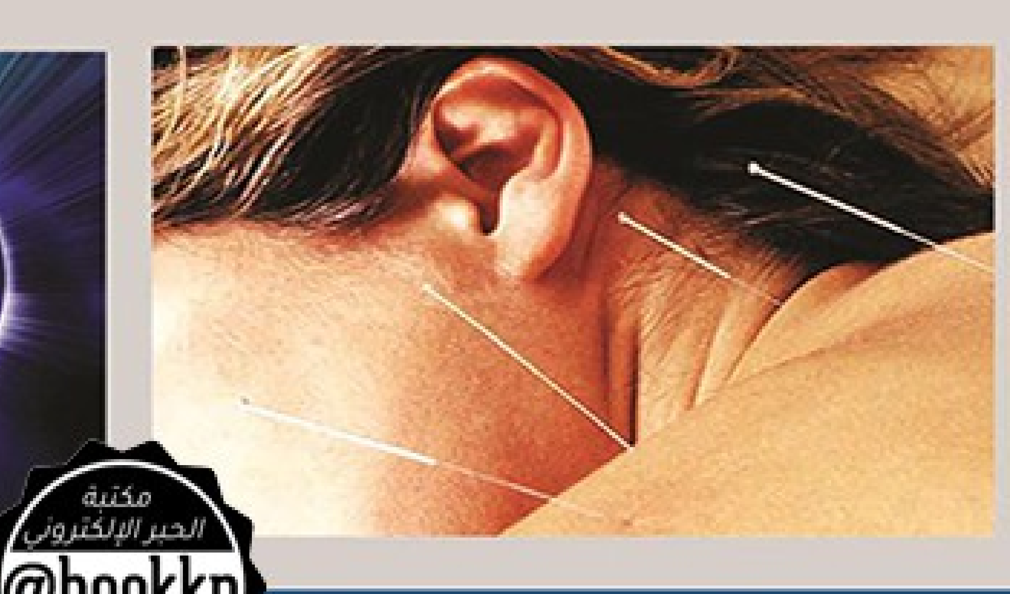
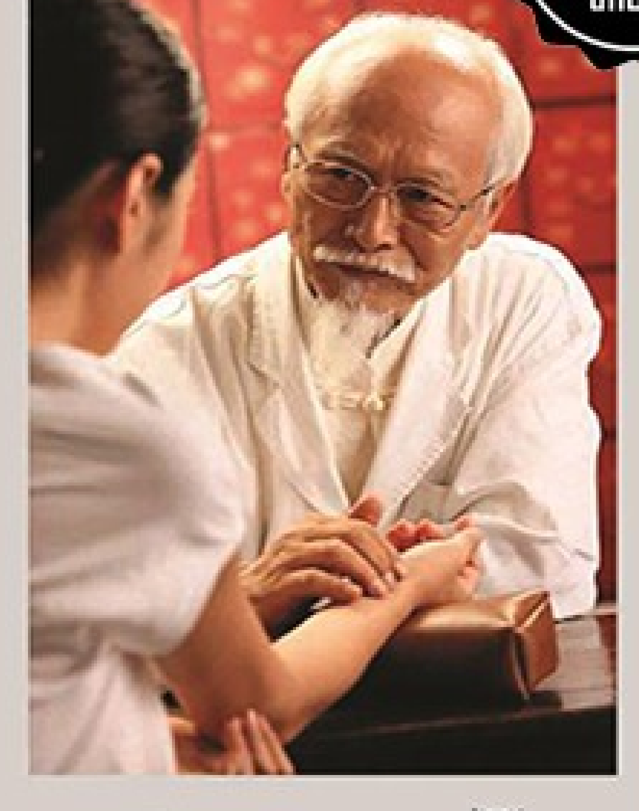


د. مانفريد بوركرت

الطب في الفكر الصيني



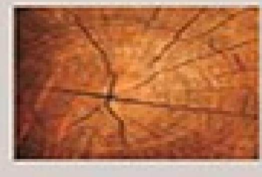
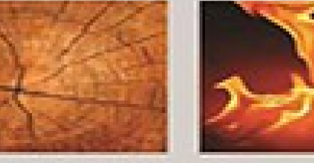
ترجمة: د. إلياس حاجوج



دار ومؤسسة رسلان
للطباعة والنشر والتوزيع



دار علاء الدين
للنشر والطباعة والتوزيع


الطب
في الفكر الصيني

Prof. Dr. Manfred Porkert

Die

chinesische Medizin

Mit einem Geleitwort von
Veronika Carstens

د. مانفريد بوركرت

الطب
في الفكر الصيني

ترجمة

د. إلياس حاجوج

♦ الطب في الفكر الصيني.

• تأليف: د. مانفريد بوركرت.

• ترجمة: د. إلياس حاجوج.

• الطبعة الأولى 2017.

• عدد النسخ 1000.

يطلب الكتاب على العنوان التالي:

دار علاء الدين
للنشر والطباعة والتوزيع
سوريا ـ دمشق ـ جرمانا
هاتف: 00963 11 5617071
فاكس: 00963 11 5613241
ص. ب: 30598 جرمانا
www.zoyaala-addin.com
ala-addin@mail.sy

دار ومؤسسة رسلان
للطباعة والنشر والتوزيع
سوريا ـ دمشق ـ جرمانا
هاتف: 00963 11 5627060
00963 11 5637060
فاكس: 00963 11 5632860
ص. ب: 259 جرمانا
www.darrislan.com
darrislansyria@gmail.com

وفـــاءً لذكرى

السيدة زويـــا ميخائيلينكو

لدورها الكبير في مسيرة دار علاء الدين

مقدمة المترجم

مع دخول البشرية عصر المعلوماتية والاتصالات السريعة التي أفسحت المجال واسعاً أمام توسيع دائرة الاطّلاع والتبادل الثقافي والمعرفي بين المجتمعات. ومع دخول البشرية القرن الحادي والعشرين، لم يعد مقبولاً القول إن المسافات تفصل بين الثقافات والحضارات وتقف حائلاً في طريق التبادل الثقافي والفكري.

لا شك أن البشرية، وعبر آلاف السنين، قد أسّست مجموعة من البؤر الحضارية – الثقافية المتناثرة في قارات العالم القديم. وحضارات الشرق الأقصى عموماً، وحضارة الصين خصوصاً هي واحدة من تلك الحضارات التي ما زالت، وحتى عهدٍ قريب، تُعتَبر إلى حدّ ما مجهولةً بالنسبة إلينا.

ولما كان عجز الطب الغربي عن الاستجابة الصحيحة لتحدّيات المرض واعتلالات صحّة البشر يزداد وضوحاً يوماً بعد يوم في نظر المريض والطبيب على السواء، وذلك لأسبابٍ منهجية – مبدئية، كان لا بد – للخروج من هذا المأزق – من التطلّع إلى أنواعٍ من الطب الآخر تقوم على مقدّمات ومناهج مغايرة جذريّاً. وهنا يطرح الطب الصيني نفسه كطبٍ، لا نقول بديل، كما شاع في العقود الأخيرة، وإنما كطب مكمِّل متمِّم، بإمكانه، وبكل جدارة، سدّ الثغرات المنهجية التي يعاني منها الطب الغربي، والتصدّي للكثير من التحدّيات المذكورة أعلاه بكل نجاح. فهو طب تأسّس منذ 2300 سنة كنظام علمي أخذ يتكامل ويتماسك بمرور السنين، ويبني على الفكر والفلسفة الصينيين، عمارةً سامقة استناداً إلى الخلاصات التي توصّل إليها حكماء الصين وفلاسفتها ومفكّريها.

الأستاذ الدكتور «مانفريد بوركرت»، الذي درس العلوم الصينية، العلوم العربية، العلوم اليابانية، الفلسفة والطب، ويُعتبر من الخبراء القلائل المعترف بهم في الصين أيضاً، يقدِّم لنا في هذا الكتاب صورةً جليّةً عن المستوى الفلسفي والثقافي الراقي الذي امتلكه الصينيون عبر الأجيال، ويبيّن لنا بكل وضوحٍ تكامل المنهجين العلميين الغربي والصيني للخروجِ بطبّنا الحالي من مأزقه المتفاقم إلى آفاق طبٍ كلاّني شامل، لخدمة صحّة الفرد وصحّة المجتمع.

د. إلياس حاجوج

مقدمة بقلم فيرونيكا كارستنس

نعيش اليوم في زمنٍ تخضع فيه كثير من الأمور لتغيّرات جذرية. فليس من المستغرب أن يكون الطب عرضةً للحركة.

رغم أنه أمكن مكافحة الكثير من الأمراض بنجاح في الـ 150 سنة الأخيرة، وذلك جراء المعارف العلمية المتطوّرة، ورغم أن متوسّط عمر الإنسان يبلغ اليوم حدّاً مدهشاً، بيد أنه ليس بإمكاننا أن نكون راضين تماماً عن نجاحات طبّنا الحالي.

إذ يُقدّر أن 60 بالمئة من الأمراض – ويتعلّق الأمر بأمراضٍ مزمنة على الأغلب – لا تزال مجهولة السبب والآلية الإمراضية، وبالتالي لا تزال صعبة المنال علاجيّاً.

لذلك يحاول المرء، ومن خلال التشخيص المبكر على الأقلّ، السيطرة على الأمراض بصورة أفضل. ويؤدّي هذا المطمح، على الدوام، إلى تطوير تقنيّات تشخيصية باهظة التكاليف وبعضها مُجهد للغاية. وشيئاً فشيئاً يمتدّ بين الطبيب والمريض حقلٌ واسع يفصل بينهما، تسيطر فيه الفيزياء والتقنية والكيمياء مع عدد لا يحصى من الأجهزة والآلات والخبراء التقنيين.

كما يجري باستمرار، في سياق السعي إلى التغلّب على الأمراض المزمنة، تطوير أدوية وعقاقير جديدة، مما أدّى إلى تضاعف عددها في السنوات الأخيرة. وللأسف فلقد تزايدت جرّاء تأثيراتها الجانبية الأمراض التحسّسية التي نقف حيالها عاجزين في الغالب.

كل ذلك أدّى إلى كون صحّتنا وشؤوننا الصحّيّة اليوم أغلى منها في أيّ وقت مضى.

إذن أليس من الطبيعي أن الناس، وانطلاقاً من إحساس بالعجز والخوف من طب لا شخصي وعدواني، يُقبلون من جديد على كنوز ما يُسمى بالطب التقليدي – حذرين أولاً، ليتأكّدوا عندئذٍ، بدهشة، أنها تفيد في الكثير من الحالات فعلاً. ولم يتبع هذه الطريق المرضى فقط، وإنما أيضاً الكثير من أطبّائهم.

وهكذا فقد عادوا إلى أقدم طريقة علاجية، ألا وهي طب الأعشاب الموجود منذ الأزمنة الغابرة. كذلك إلى العلاج بالمثل (Homeopathy) الذي يُعَدّ من أكثر طرق العلاج عبقريةً في تاريخ الطب.

وأخيراً ذهب البصر متطلّعاً خارج حدودنا. وبدأ المرء بالاهتمام بطب الهنود الحمر وبطب سكّان إفريقيا على سبيل المثال.

وكان طبّ أقدم الشعوب الحضارية، الصينيين، الأكثر صعوبةً على الفهم. إذ إن الصينيين، وبمعزلٍ عن العالم الغربي، قاموا بحفظ بنيانهم الفكري فائق التميّز وبتدقيقه وتهذيبه. وهو بنيان فكري يمتاز برؤيةٍ كلّيّة شمولية من نوعٍ خاص.

وإذا أردنا فهم هذا الفكر والإحاطة به، فلا بد لنا من تجاوز كل ما تعلّمناه في المدارس الأوروبية والبدء من جديد. ويبدو أن الأمر يستحقّ ذلك، إذ إن نجاحات الطب الصيني واسعة ولا حصر لها.

ولقد افتقر الوسطاء والناقلون حتّى الآن هذه الطريقة المغايرة في التفكير. ويعود الفضل الأكبر للأستاذ الدكتور مانفريد بوركرت، بصفته خبيراً في الطب الشرقي والغربي على السواء، في تعريف الباحثين وإطْلاعهم خطوةً خطوة على هذا الميدان، وفي إيقاظ اهتمامهم وتشجيعهم.

ويعتبر كتابه هذا مدخلاً شيّقاً وآسراً إلى الطب الصيني. وفي وسعه أن يُحدث لدى الطبيب حالةً من الإغراء ويحثّه على الاستفادة من الإمكانات الكبيرة للطب الصيني كمكمّل للطب الغربي، وذلك عن طريق دراساتٍ إضافية.

كما وضع مانفريد بوركرت كتباً وأعمالاً مناسبة من أجل التوسّع والتعمّق في هذا الميدان. أما كتابه الذي بين أيدينا فيأمل أن يساهم في انفتاح طبّنا على طبّ مستقبليّ أوسع.

فيرونيكا كارستنس

مدخل

رغم استعداده الظاهر لتبديل طريقة تفكيره فإن العلم في الغرب لا يزال بعيداً عن إيجاد علاقة مناسبة مع الحضارة الصينية. صحيح أنه يُعترف في هذه الأثناء، وإلى حدّ بعيد، بأن الصينيين اكتشفوا البوصلة، امتلكوا ناصية فن الطباعة وقاموا بشيّ الخزف، وذلك قبل الأوروبيين بزمنٍ طويل، ولكن المرء لا يعتبر أن الأشياء قد تم اختراعها أو ابتكارها على أصولها إلاّ عندما تكون متاحة وتحت التصرف في أوروبا أيضاً. والمهم في الأمر أن قليلين جدّاً هم الذين يتوصّلون إلى فهم الاكتشافات الصينية البارعة في السياق العام للثقافة الصينية المتكشّفة عبر ما يزيد عن ألفيّ سنة.

فما يمكن كشفه في البوصلة، في الطباعة، في الخزف وفي الكثير من الإنجازات الصينية العلمية الأخرى لهو أكثر بكثير من الأسبقية التاريخية.

لاكتشاف ما هو صيني أصيل في الطباعة والخزف لا يجوز للمرء أن يقتصر على وصف أساليب الإنتاج والمنتجات وفقاً للقوالب الفكرية الغربية وباللغات الغربية. ولاكتشاف النباتات الطبية الصينية وغيرها من أدوية الطب الصيني التقليدي لا يكفي التجوال عبر الصين مع وعاء جمع النباتات وأنبوب اختبار، وإخضاع العقاقير، المجموعة على هذا النحو الذي أشبه ما يكون بالمصادفة، للتحاليل الناضجة لعلم الأدوية الغربي. إن ما يمكن كشفه بهذه الطريقة لا يتعدّى، في أحسن الأحوال، عقار في علم الأدوية الغربي قادمٌ من الصين بالمصادفة، حتّى لو كان هذا العقار مجهولاً إلى الآن خارج شرق آسيا.

فقط عندما نتوصّل إلى فهم الشروط الثقافية والإنجازات الفكرية التي أظهرت، وفي أزمنة أبكر بكثير منها في أوروبا، هذه الحصيلة الراقية للنتاج والخلق الإنسانيين، فقط عند ذلك يغدو في وسعنا استيعاب ما يميّز البوصلة «الصينية» عن الأوروبية. فقط فيما وراء الصفات الفيزيائية لإبرةٍ حديدية تافهة نكتشف سماتٍ محدَّدة تؤكّد أنها بوصلة صينية. وفقط فيما وراء التحاليل الكيميائية نكتشف صفات خاصّة في الأعشاب الطبية تجعل منها أدويةً في الطب الصيني. ولكن ذلك يحتاج إلى استعدادٍ واعٍ تماماً للتخلّي عن المقاييس الغربية والتدرُّب على النمط الصيني في التفكير والنظر إلى العالم.

من غير درايةٍ باللغة الصينية يكون الدخول إلى العلم وتاريخ الفكر الصينيين صعباً جدّاً. فقد يصعب أحياناً، حتّى على عالم الدراسات الصينية (Sinologist)، مقاربة النصوص المهمّة التي لا غنى عنها من أجل الفهم الإجمالي للعلم الصيني وإعادة بنائه العقلانية. ففي الطب التقليدي مثلاً لم تكن «المؤلفات الكلاسيكية» قد طُبعَت منذ 800 سنة. وتعاني الترجمات المتوافرة كافةً من عيوبٍ لغوية.

ومن الخير أن ماوتسي تونغ وضع حدّاً لتدهور الطب الصيني الذي دام لقرون وأمر في الخمسينيات بطبع الأدب الطبي الكلاسيكي بمجمله في إصداراتٍ متقنة. وقد قمت آنذاك بجمع هذا الأدب بشكلٍ منظَّم واضعاً بذلك النواة من أجل اشتغالٍ بالطب الصيني دام ثلاثة عقود. وقد تركَّزت جهودي أولاً على وضع المصطلحات المناسبة للنصوص الأصلية باللغات الغربية (اللاتينية، الألمانية، الإنكليزية، الفرنسية) وكذلك على معالجة الأسس النظرية للطب الصيني. وبعد أن تمّ وضع أساس ثابت بصورةٍ كافية قمتُ بوضع الحقول الفرعية، مثل التشخيص وعلم الأدوية الصينيين، في كتب مدرسيّة وفي رسائل عديدة. وقد مكَّن التعليم الأكاديمي الطلاب من إتمام تأهيل في الطب الصيني، إلى جانب دراستهم للطب الغربي، وقاد أخيراً إلى تأسيس جمعية اختصاصية هي **جمعية الطب الصيني** (Societas Medicinae Sinensis).

وتتركّز اهتمامات مساعدي في هذا الكتاب، وهو كريستيان أولمان، على الفهم العلمي – النظري وإعادة بناء منظومة علمٍ أجنبي غريب.

نحاول في هذا الكتاب عرض نظرية الطب الصينية وتطبيقها العملي بشكل شامل ومفهوم عامةً، مولين عناية خاصّة للتعريف بأصول الفكر الطبي لدى الصينيين.

ولكن هنالك العديد من وجهات النظر غير الطبية التي تجعل الاشتغال بالطب الصيني يبدو مثمراً ومجدياً. فهو يمثِل بالتأكيد النظام الأكثر تماسكاً واكتمالاً وتفصيلاً لعلمٍ غير غربي، أي لعلم غير مصاغ باللغات الهندو – أوروبية. لذلك فإن هذا الكتاب يدخل في عمق النظرة الصينية العلمية إلى العالم، والتي لا تقتصر بالطبع على الطب وحده، وإنما تتناول كافة مجالات الحياة الفردية والاجتماعية والحدث الكوني.

مانفريد بوركرت

الفصل الأول
الطب الغربي والطب الصيني

مشاكل الطب المعلّقة

قبل مئة سنة ومضت في أفق البحث الطبي رؤيا أخّاذة. فقد توصّل الطبيب الريفي، روبرت كوخ لأوّل مرّة إلى إثبات أن الأمراض المعدية التي كانت في ذلك الوقت تفتك بسكّان أوروبا بصورة أشدّ رعباً من سائر الحروب، تسبّبها عضويات حيّة مجهرية. واكتشف في عام 1876 عصيّة الجمرة الخبيثة، وفيما بعد جرثومة السلّ والكوليرا أيضاً؛ وقام في الوقت نفسه بالبحث عن أدوية لمكافحة الأوبئة المميتة والوقاية منها. وبذلك غدا كوخ مؤسّس علم الجراثيم الحديث. وبين ليلة وضحاها تقريباً بدا أن استئصال الأوبئة المخيفة قاب قوسين، وأن حياةً مع صحّة كاملة لم تعد يوتوبيا. «لقد حظي الطب بثقة الجماهير، ثقة منحته أهميةً جديدة بالنسبة للحضارة البشرية»[1].

واليوم، وبعد جيلين، لا بد للمرءِ من الاعتراف دون تحفّظ بأن حلم ذلك الوقت قد تحقّق كلّيّاً. استؤصل الطاعون والجدري عالميّاً. الأمراض الأخرى التي كانت فيما مضى تنشر الذعر والموت، مثل الكوليرا، الحمّى البقعية، شلل الأطفال، الدفتريا، التيفوس، تُعتَبر في البلدان التي تتوافر فيها الرعاية الصحّيّة والخدمة الطبية المتطوّرتان، تعتبر تحت السيطرة الكاملة. كما أن أقسام الأمراض الإنتانية التي كانت حتّى وقت قريب تعتبر الشُّعَب المركزية لأيّ مشفى، تمّ

تقليصها في كل مكان إلى الحدّ الأدنى الذي تقتضيه الحيطة. أخيراً، وليس آخراً، تشهد الإحصائيات الصحّيّة أيضاً على فعالية الطب الغربي الحديث: معدّل وفيات الرضّع في ألمانيا تتراجع من 226 لكل 1000 مولود حي في عام 1900 إلى أقلّ من 13؛ عدد الوفيات انخفض من 22 إلى 12 لكل 10000 نسمة. كما ارتفع متوسّط العمر منذ بداية قرننا الحالي محقّقاً قفزة كبيرة من 45 إلى 75 سنة.

ولكن رغم هذه الأرقام التي تعكس النجاحات المؤثرة للطب الغربي، لا بد لنا اليوم من إثبات أن آمال آباء أجدادنا كانت آمالاً كاذبة. نعم إن استئصال بعض الأمراض والسيطرة والوقاية الكاملة على الكثير من الأمراض الأخرى أوصلا البشر إلى حياةٍ أطول، ولكنهما لم يوفّرا الصحّة المرجوّة. فقد ظهر محل الأمراض القديمة المألوفة لدى الأطبّاء، والتي بحثها العلم، العديد من الأمراض «الجديدة» التي لا يعرف فنّ العلاج الغربي أيّة وسائل ناجعة ضدها أو أن وسائله قاصرة كلّيّاً. يكتب الطبيب الداخلي آرثور جورس من هامبورغ معلّقاً: «يحول الطب في الكثير من الحالات دون الموت، ولكنه لا يأتي بالصّحّة. إنه يُحدث حالة المرض المزمن»[2]. ويرى المؤرّخ الطبي تيودور ماير – شتاينغ أن مسرح كفاح الأطبّاء ضدّ الموت قد انتقل في هذه الأثناء بشكل كامل: «لم تعد الأمراض الإنتانية في مقدمة أسباب الموت، بل السرطان وأمراض الجملة الوعائية»[3]. ويزداد هذا الكفاح كلفة وإجهاداً وتنقص بالتدريج قابليته للمراجعة بالنسبة للمشاركين كافة، ولكنه يغدو في الوقت نفسه أقلّ نجاحاً – إذا جاز للمرء تأويل دلائل معيّنة على هذا النحو–. فمنذ بضع سنوات أخذ متوسّط العمر مثلاً بالانخفاض في فئاتٍ عمرية محدَّدة، بينما توقّف في فئاتٍ عمرية أخرى. ويتساءل الباحثون الاجتماعيون بقلق فيما إذا كنّا نقف على أعتاب «تحوّل في وجهة تطوّر متوسّط العمر»[4].

لا يجوز للمرء إغفال ناقوس الخطر هذا. إذ إن الجهود والمساعي العالمية في البحث الطبي والنفقات من أجل الصّحّة لم تكن في أيّ وقت مضى أكبر منها اليوم. ورغم ذلك يتزايد باستمرار عدد تلك الأمراض التي ليس في وسع الطب تقديم العون فيها إلاّ بشكلٍ قاصر أو أنه لا يفيد على الإطلاق. لا بل إن هانس شيفر، عالم الفيزيولوجيا من هايدلبرغ، يرى أنه «في عدد لا يستهان به، إن لم يكن في العدد الأكبر من مجموع المرضى، لا يمكن إثبات أيّ موجود قابل للقياس»[5]. ويستشهد آرثور جورس من جديد بدراسات أطبّاء التأمين في هامبورغ، حيث يعاني طبقاً لها حوالي

نصف المرضى من أمراض مزمنة، 30 إلى 40 بالمئة منهم عصابيون، بحيث لا يتبقّى سوى 10 إلى 20 بالمئة لتلك التي يمتلك الطب الغربي فيها طرق معالجة موثوقة. ويقول جورس: «بالمقارنة مع الأمراض التي يصادفها الطبيب الممارس، فقد أصبح الطب الغربي، وإلى حدّ بعيد، طبّاً للأمراض النادرة»[6].

وتبدو هذه المعطيات أكثر سوءاً ومدعاةً للتشاؤم عندما يأخذ المرء بعين الاعتبار عدم وصول جميع المرضى إلى عيادة الطبيب. فقد كشف عالم الاجتماع كريستوف هيلبرغر أن: «التقديرات تقول إن نصف إلى ثلثي الشكايات لا تقود إلى مراجعة الطبيب، وليس من الضروري في الواقع أن تكون هذه الشكايات طفيفة؛ ولنفكّر فقط في الرقم المعتم للأمراض وفي المراحل المبكرة للأمراض المزمنة»[7].

لقد بيّنت الدراسات الطبية على الأفراد العاملين أن أقلّ من 10 بالمئة من الذين أُخضعوا للفحص يمكن اعتبارهم سليمين كلّيّاً، وبالمقابل فإن حوالي 60 بالمئة كانوا «بحاجة إلى معالجة بشكل من الأشكال»[8]. وفي استطلاعات الرأي أجاب أكثر من 40 بالمئة من المستفتين بأن حالتهم الصحّيّة يمكن أن تكون أفضل[9].

بإمكان المرء مواصلة هذه السلسلة من الدلائل على قصور صحّة الكثير من البشر وعلى عجز الطب المستمر عن الاستجابة المناسبة. ولكن الموضوع هنا لا يدور حول التشهير بالطب. فلا بديل معقول للطب المعقول. والأرجح أنه ينبغي الإشارة إلى تطوّرٍ مثيرٍ للقلق. ففي اغترابٍ مضاعف لا يزداد باستمرار ابتعاد الطبيب والمريض عن بعضهما بعضاً وحسب، وإنما أيضاً كل من العلم الطبي والأطبّاء الممارسين.

مأزق الطبيب المعالج:

من واجب الطبيب المعالج مساعدة المرضى في الوصول إلى الصّحّة، وللقيام بذلك عليه استخدام الوسائل التي يضعها العلم تحت تصرّفه. إذن فهو ملتزم بكلا الأمرين. ولكن كيف يُفترض به أن يتصرّف عند معالجة أولئك المرضى الذين يعانون من أمراضٍ لا يمكن لعلمه بعد إمداده

بالعدّة الضرورية في معركته ضدها؟ ماذا عليه أن يفعل عندما لا تُسفر أكثر الوسائل التشخيصية دقّة وإتقاناً عن أيّة موجوداتٍ إيجابية؟

في مثل هذه الحالات يمكن للطبيب أن يسعى إلى العلاج والشفاء على قاعدة ما قبل علمية، مستنداً ربما إلى خبراتٍ قيّمة معيّنة. وليس من النادر أن يكون ذلك مغامرةً حافلةً بالأخطار بالنسبة للمريض، إذ إن نجاح المعالجة أقلّ ضمانةً منه في الطرق العلمية المجرّبة. ولكن الخطر أكبر بالنسبة للطبيب نفسه. ففي حال الفشل يكون المريض أقرب إلى الاعتقاد بوقوعه بين يديّ طبيب سيّئ وفاشل، منه إلى الشكّ في إمكانات العلم. ويتوجّب عليه أخذ عقيدة العلم غير المنصفة في حسابه، والتي صحيح أنه ليس بإمكانها تقديم العون للطبيب، ولا للمريض، إلاّ أنها رغم ذلك ترفض كافة الطرق التي لم توافق عليها، بوصفها «طرقاً غير علمية».

ولكن بإمكان الطبيب مواجهة مثل هذه الأمراض بالاستهانة بها والتقليل من أهميتها. وفي هذه الحال سوف يلقى دعم وتأييد العلم أكثر منه فيما لو اختار ما يُسمى بالطرق الدخيلة. وهذا ما كان منذ زمنٍ قدر العصابيين الذين قدّر آرثور جورس عددهم بـ 30 إلى 40 بالمئة من مجموع المرضى ويرى أنهم «كانوا الأبناء سيّئي الحظ للطب الذي وصفهم بالمتمارضين كثيراً أو قليلاً وكانوا موضع الازدراء العام»[10]. ويكاد لا يكون أقلّ خطراً بالنسبة للمرضى ذلك الرأس واسع الانتشار والقائل إنه في مثل هذه الحالات لا يتعلّق الأمر بـ «أمراض جدّيّة محدّدة تماماً»[11]. والمقصود بـ «جدّيّة» هنا هو «خطرة على الحياة». ولكن هذه الأمراض الجدّيّة لم تعد تسبّب – كما أثبتنا سابقاً – ذلك الذعر الذي كانت تثيره لدى المريض: وذلك ليس لكونها لا تكاد تصادف اليوم ولأن الطب يعرف علاجات شفائية فعّالة ضدها وحسب، بل يضاف إلى ذلك أن المرضى المصابين يجري إخراجهم فوراً من وسطهم الاجتماعي، ولا يعودون إليه إلاّ بعد النقاهة الكاملة. أما المرضى «غير الجدّيّين» فيُنتَظَر منهم وجوب إثبات كفاءتهم في العمل والعائلة وغيرها من الميادين الاجتماعية بشكلٍ كامل، بالرغم من أن الطبيب كثيراً ما لا يمتلك أيّ علاج لشكاياتهم. ويُضاف إلى ذلك عدم تفهّم المحيط أوّلاً، ثمّ التخوّف من إمكانية التقصير ثانياً؛ وتنشأ عن ذلك خلافات ونزاعات في مكان العمل، يعقبها «الهروب» إلى الكحول... لولب لا نهاية له. لذلك فالأمراض الجدّيّة فعلاً لم تعد الأمراض «الخطرة على الحياة»، بل «المهدّدة للوجود».

المريض غير الشافي:

ثمّة إمكانيات مختلفة أمام المرضى للارتكاس على عجز الطبيب عن تقديم العون لهم. ومن الأمور واسعة الانتشار أن الشكايات التي لا يمكن للمرء التخلّص منها يسعى إلى معاوضتها اجتماعياً أو حتّى جعلها رمزاً للوضع الاجتماعي. الخروج من الضيق بفرج، أو كما يُقال من الضائقة تُصنَع فضيلة. وقد تمّ في هذه الأثناء فصل مرض المدراء – مرض النخبة – في الخمسينيات من العمر عن أزمة منتصف العمر الأكثر ديمقراطيةً والتي يمكن لكلّ شخص اليوم، واعتباراً من عمر 35 سنة، أن يقع فيها.

وتبعاً لوجهة النظر القائلة إن الأمراض التي لا يمكن التخلّص منها يمكن تحملها بسهولة أكبر ضمن الجماعة، يتزايد حالياً التفتيش عن معارف وتشكيل المجموعات. فالكحوليون مثلاً يعملون وفقاً لهذا المبدأ. أضف أن المعالجة الجماعية في بعض الشكايات أثبتت أنها أكثر نجاحاً من المعالجة الفردية. كما تظهر في الصحف اليومية بشكل متزايد إعلانات مثل: «شاب نموذجي، 29 سنة/180 سم، نحيف، رياضي»، يعاني من الصدف ويبحث عن «فتاة أو امرأة فوق 18 سنة، تعاني من المشكلة ذاتها، من أجل الحب والكثير غيره»[12].

كل مريض لم يتمكّن طبيبه، رغم الجهود المتواصلة، من تقديم العون له، سوف يستشير عاجلاً أم آجلاً أطبّاء اختصاصيين آخرين. وربما يقصد مركزاً للتشخيص ليسلّم نفسه لفحوصات شاملة «من رأسه إلى أخمص قدميه». وبذلك فإنه كثيراً ما يُضاف إلى شكاياته القديمة خيبات أمل جديدة. وفي النهاية يعلم المريض بالتأكيد ما لا يعاني منه؛ ولكنه لم يعلم مما يعاني فعلاً. وكما يكتب توره فون أوكسكول، الطبيب الداخلي من أولم، وأحد أبرز ممثلي الطب النفسي – البدني: «فقد تحوّل الطب منذ زمن إلى نظام متاهة يضلّ فيه المريض سبيله. ومع التخصّص المتزايد لا بد أن ينقرض في هذا النظام مقدّمو العون ومستشارو المرضى ذوي الرأي والخبرة»، «فالاختصاصيون خبراء في مجالهم فقط. وهذا الأمر ليس مؤسفاً وحسب، وإنما هو خطير أيضاً. فتبعاً للتقسيم التشريحي تشكِّل الفروع الطبّيّة اختصاصات أعضاء؛ ولكن الأمراض لا تقتصر أبداً تقريباً على عضو واحد. وبالتالي يمكن القول، دون مبالغة، إن المريض بين يديّ طبيب عالي التخصّص لا يُطبَّب غالباً بصورة غير كافية وحسب، وإنما يُعالج بشكل خاطئ أيضاً»[13].

حدود معرفة الطب الحالي:

تؤدّي الأمراض الناجمة عن معالجاتٍ خاطئة أو تصريحاتٍ متهوّرةٍ من قبل الطبيب إلى ارتكاسات عصابية لدى المريض تُدعى بالأمراض طبابية المنشأ (iatrogen)[14]. وغالباً ما يساوى في اللغة اليومية بينها وبين «الأخطاء الفنّيّة» وهذه مغالطة، إذ لا يتوافر الخطأ الفنّيّ إلاّ عندما ينحرف الطبيب في معالجاته، باستهتارٍ وتهاون أو عن جهل، عن المستوى المعرفي للطب. فهل يجوز الكلام عن أخطاء فنّيّة عندما تكون مثل هذه المعارف مفتقدة أصلاً؟ هل يفترض بالطبيب رفض معالجة تلك الأمراض بحجّة أن الطب لا يعرف عنها بعد سوى القليل جدّاً، وبالتالي فإن خطر المعالجات الخاطئة كبير جدّاً؟ ولكن عندما تُقيَّم مثل هذه المعالجات في الأوساط العامّة وفقاً للصيغ الأخلاقية ذاتها للأخطاء الفنّيّة الحقيقية، فإنه لا يجوز للمرء عندئذٍ إلقاء اللوم على الطبيب إذا هو لم يأخذ باعتباره مثل هذه المعالجات إطلاقاً، مفضِّلاً إحالة المرضى إلى تلك المتاهة سالفة الذكر، وهو على هذا النحو يحمي نفسه من الإخفاقات المحتملة التي تجعله عرضةً لفقدان الاحترام الاجتماعي، وقد تتحوّل تالياً إلى مشكلة وجود وبقاء.

والحقّ أن الطبّ نفسه ليس بريئاً تماماً من إساءات التفسير والتقييمات الأخلاقية المبنيّة عليها للمعالجات الطبية الخاطئة. فلقد عرف في عصر نجاحاته الأكثر وقعاً كيف يكتسب صورة علمٍ مكتمل لا توجد بالنسبة له أيّة أمراض مجهولة. وقد أمكنه الاحتفاظ بهذه السمعة إلى اليوم، ولو أن مصداقيته في أوساط الجمهور آخذة بالتضاؤل بشكل بطيء. ولكن ما هي الأخطاء الأخرى الفنّيّة التي يمكن أن تند عن علم يتظاهر بالكمال؟ وبدلاً من رسم صور وهميّة فإن الطب يسدي لنفسه خدمةً عندما يبيِّن حدود إمكاناته بصورة واقعية.

يرى آرثور جورس، على سبيل المثال «ثغرات لا يُستهان بها في الطب الحالي»، ويتساءل فيما إذا كان الأمر «لا يحتاج سوى إلى مواصلة البحث لسدّ هذه الثغرات». ويجيب على نحو أقرب إلى التشاؤم: «إلاّ أن ذلك يبدو بعيد الاحتمال رغم هذا الإنفاق الواسع في البحث الطبّي في العالم كله. أليس الأكثر احتمالاً أن ثمّة خطأ مبدئيّاً يكمن هنا؟ إن ما لا بد أن نقف أمامه مندهشين هو تحديداً النقص المطلق في المعارف حول أسباب أمراض الإنسان الحالي»[15].

لا شك أن الطب هنا في موقف صعب. فعلى خلاف العلوم الأخرى، حيث لا يضيرنا إذا ما حصل التقدّم فيها بصورةٍ أبطأ منها حتّى الآن، يتوارى خلف مشاكل الطب المعلّقة بؤس وشقاء ومعاناة الكثير من البشر. وعلى الرغم من ذلك فإن الطب لم يتوصّل حتّى الآن، إلاّ بشكلٍ قاصر تماماً، إلى جعل هذه الشكايات موضوعاً لأبحاثه. وكما يكتب آرثور جورس في هذا الشأن، فإن المرءِ يتّخذ طريقاً آخر: «تبعاً لغريزةٍ صحيحة انكب البحث العلمي على تلك الأمراض التي يمكن شفاؤها أو بالأحرى معاوضتها بطرق ووسائل هذا الطب»[16].

علامات الأزمة:

ولكن ذلك يعني بالنسبة للمرضى المعنيين أنه لا يكاد بإمكانهم توقّع العون من الطب الغربي. لذلك لا يمكن للمرءِ أن يلومهم – وهذه هي الإمكانية الثالثة الأكثر اختياراً لارتكاس المرضى على إخفاقات الطب المدرسي – إن هم فتّشوا عن حظّهم في «الطب الدخيل» أو حتّى «خارج الحركة الطبية كلّيّاً – لدى المتطبّبين.

ومن جديد لا يمكن للأطبّاء الممارسين الوقوف دون اكتراث أمام مثل هذا التطوّر. لا بد لهم من حسم أمرهم واتّخاذ القرار، فإما أن يلحقوا مرضاهم – رغم كل تحذيرات العلماء – إلى طرق العلاج الدخيلة أو يتقبّلوا هجر مرضاهم لهم. ولكن عندئذٍ قد يضطرون إلى نوعٍ من تبديل المهنة ضمن الطب. وهذا لا يحدث في الحياة اليومية على شكل عملية مُلفتة للأنظار، وإنما على شكل تحوّل قطاعي أو شرائحي للفرص المهنية. وكما يرى تورهِ فون أو كسكول فإن التخصّص في الطب لا يتوجّه تبعاً لمواضيع التشريح، الأعضاء، وحسب، وإنما، وبشكلٍ متزايد، تبعاً للنشاطات البشرية. على هذا النحو ينشأ طب العمل، طب المواصلات، طب الإجازات وغيرها من التخصّصات. ويُعبِّر ذلك عن فصل يزداد وضوحاً بين الطب الوقائي والطب العلاجي. ويغدو الطبيب مستشاراً لمصمّمي السيارات ومخطِّطاً لمجريات العمل السليمة والمعقولة فيزيولوجياً. ورغم أهمّيّة مثل هذه الخدمات الطبية فإنها لا تصبّ في صالح المرضى إلاّ بشكلٍ غير مباشر. ويكمن رضى الطبيب في تحسينٍ للإحصائيات الطبية على المدى الطويل. أما الطبيب الذي يحاول في الوقت نفسه منع الأمراض (باللقاحات مثلاً) ومعالجتها فيجد نفسه في تراجعٍ مستمر.

موازنة مؤقتة:

بإيجاز ما قلناه فإن العلاقة بين كل من المريض والطبيب والعلم الطبي علاقة مضطربة ومشوبة بشكلٍ عميق. ولا بد من إجراء موازنة جديدة. ولا يوجد لهذا الغرض وصفات جاهزة. فقد أثبت العلم في مجالاتٍ واسعة أنه غير قادر على جعل الهموم المهدِّدة للوجود بصورة متزايدة موضوعاً لأبحاثه. على أن المعرفة العلمية لا يمكن الحصول عليها عنوةً ولا شراؤها. ولذلك لا جوز إلقاء اللائمة على الطب جراء الركود المستمر في بعض المجالات، والذي تقابله بلا شك نجاحات رائعة في مجالاتٍ أخرى، طالما هو لا يهوِّن المشاكل أو يقلِّل من أهمّيّتها.

إذن، فبأيّ طريق يُفترض بالطب سدّ ثغراته المعرفية؟ هل كان آرثور جورِس محقّاً في ظنّه أن هنالك خطأً مبدئيّاً في البحث الطبي يعكّر صفو النظرة إلى الحقيقة أكثر من أن يوضّحها؟

عائق اللغة

كان العالم اللغوي الأمريكي بنيامين لي وورف قد تنبّأ في الثلاثينيات بالوضع الحرج الذي يبدو أن لا مخرج منه. وكان وورف قد بيَّن أن اللغات التخصّصيّة تثبتُ باطّراد أنها عائق أمام التقدّم العلمي، وطالب باختبار الخلفيات اللغوية للتفكير. يقول وورف: «إن كيفية تقسيمنا للطبيعة وتصنيفنا لها، كيفية تنظيمها في مفاهيم نضفي عليها الأهمّيّة، هو أمر يتحدَّد إلى حدّ بعيد بكوننا شركاء في اتّفاقية لتنظيمها على هذا النحو – اتّفاقية سارية المفعول على كل من تجمعهم لغتنا، ومشفَّرة في بنى هذه اللغة. وهذا الاتّفاق بالطبع اتّفاق ضمني، كامن، ولكنه إلزامي بصورة مطلقة؛ فلا يمكننا التكلّم دون الخضوع لترتيب وتصنيف ما هو معطى، واللذين يفرضهما هذا الاتّفاق»[17].

بعد دراسة مستفيضة للغات الهنود الحمر عايش وورف عالماً غريباً ومختلفاً كلّيّاً عن أعضاء العائلة اللغوية الهندو – جرمانية. وتوصّل إلى نتيجة مفادها أن اللغة تحدِّد مسبقاً، وإلى حدّ كبير، كيفية «ملاحظة الفرد للظواهر والعلاقات أو إغفاله لها، كيفية تشذيبه لمجرى تفكيره وبنائه لإطار وعيه»[18]. **تبعاً لذلك تكوِّن اللغة مستودعاً محدَّداً بالنسبة لجماعة من العلماء من أجل إيجاد حلول للمشاكل، وعندما يُستنفد هذا المستودع لا يعود التقدّم العلمي ممكناً.** يرى وورف أنه: «لم يعد الأمر بحاجة إلى نظرةٍ ثاقبة لرؤية أن العلم الطبيعي، التجلّي الواسع للثقافة الغربية

الحديثة، قد أصبح دون إرادة منه أمام جبهة صراعٍ جديدة كل الجدّة. ولا بد له الآن من دفن قتلاه، رصّ صفوفه والتوغُّل في أرضٍ تبدو غريبة وزاخرة بأشياء يستنكرها الفهم المتحيّز ثقافيّاً، وإلاّ فإنه سيغدو منتحلاً لماضيه الخاص. والواقع أن المرء قد تكهّن بهذه الجبهة الجديدة منذ زمنٍ قديم جدّاً. وقد أُعطيت آنذاك اسماً وصلنا على سحابةٍ من الأساطير: بابل»[19].

البلبلة اللغوية في الطب:

لقد تضخّم حجم الأدب الطبي الذي يغزو يوميّاً أسواق الكتب إلى درجة لم يعد معها بالإمكان الإحاطة به ووضعه تحت التصرّف إلاّ بمساعدة التقنيّة المعلوماتيّة الحديثة في مراكز التوثيق المكلفة. وليس باستطاعة سوى القليل من الدول تشييد نُظُم المعلومات هذه والإنفاق عليها. لكن وحتّى هناك، حيث تتوافر تلك النظم، لا يكاد يكون في وسع الطبيب متابعة التطوّر العلمي حتّى في مجالات تخصّصيّة ضيّقة الحدود نوعاً ما. وما يغدو أكثر صعوبةً هو التفاهم بين الفروع الطبية المنفردة، رغم أنها كثيراً ما تعالج الأمراض ذاتها، كالجراحة والطب النووي على سبيل المثال.

ثمّة مصدر آخر للبلبلة اللغوية يكمن في التطوّر المتباين وغير المتناسق في بعض الأحيان للتكنولوجيات الطبية. ويُعتبر هذا التطوّر في كثيرٍ من البلدان موضوعاً للهيبة والمكانة القومية، ويُقاس عليه تفوّق النظام الاجتماعي المعني إزاء الأنظمة الأخرى. لذلك يتم دفع الأبحاث ذات الكلفة المادّية المرتفعة والجهد الذهني الفائق إلى الأمام بصورة مستقلّة ومنفردة، إلى أن يتبيّن في النهاية أن النتائج التي يتم التوصّل إليها على هذا النحو غير قابلة للمقارنة مع بعضها بعضاً ولا يمكن محاكاتها أيضاً. فعلى سبيل المثال يجري البحث في المختبرات الطبية – النووية، منذ بعض الوقت، في مجال معالجة السرطان بالأشعة النيوترونية السريعة. وكلٌّ يتبنى جهازه الخاص ويطوّر نظامه الخاص. وعندما قام أخيراً كل من الأمريكيين والبريطانيين بالإبلاغ عن النجاحات العلاجية الأولى، وجد كل من الفرنسيين، الألمان، اليابانيين، الإيطاليين وغيرهم من العلماء، أنفسهم مضطرين إلى الإعلان بأن هذه النتائج لم يكن بالإمكان اختبارها في مختبراتهم إلاّ بتحفّظ كبير، أو لم يكن بالإمكان اختبارها إطلاقاً. فنتيجة لاختلاف النُّظم التقنيّة تدخل عوامل مختلفة في القياسات. واليوم يحاول المرء توفيق النُّظم واللغات المختلفة مع بعضها بعضاً.

أين يكمن السبب في كون التقدّم الطبيّ في مجالاتٍ عديدة لم يعد يتناسب، منذ زمنٍ طويل، مع الإنفاق، وكون البلبلة اللغوية تتزايد باطّراد رغم كافة التصريحات باتّباع الدّقّة والوضوح العلميين؟ لم يجد المرء بعد أيّة إجابة طبية على هذا السؤال؛ وعندما يجد هذه الإجابة، سرعان ما تُحَلُ بالتأكيد المشاكل المرتبطة بذلك. غير أن المرء في وسعه تحسّس المشكلة من جوانب أخرى.

مصفاة المنهج المطبَّق:

يقارن الباحث العلمي الأمريكي توماس س. كوْن لغة العلماء بدُرْج والعلم باعتباره محاولة حشْرِ الطبيعة في هذا الدرج المصمَّم مسبقاً والصلب نسبيّاً. يقول كوْن: «ليس هدف العلم العادي إيجاد ظواهر جديدة؛ وبالفعل فإن الظواهر غير المتلائمة مع الدرج، والتي لا يمكن حشرها فيه، لا تُرى على الإطلاق»[20].

وعلى النحو ذاته يعرض وورف حججه عندما يرى أن: «تقسيم الطبيعة عبارة عن مظهر نحويّ – مظهر قلّما بحثه النحويّون حتّى الآن. نحن نقسِّم ونرتِّب الوقائع التي تظهر مع بعضها بعضاً، أو الواحدة تلو الأخرى، بالشكل الذي نرتِّبها فيه تحديداً، لأننا شركاء في اتّفاقية حول ذلك، عن طريق لغتنا الأم، وليس لأن الطبيعة ذاتها مقسَّمة ومرتَّبة بهذه الطريقة بالضبط بالنسبة لكل إنسان. فاللغات لا تختلف عن بعضها بعضاً بكيفية بنائها لجملها فقط، وإنما أيضاً بكيفية تقطيعها للطبيعة لتحصل على تلك لعناصر التي تبني جملها منها»[21]. ويتبنّى وورف، مثل كوْن، الرأي القائل إن النظام البنيوي للغة لا يحدِّد مسبقاً ما هي الظواهر والعلاقات التي تُرى فقط، وإنما أيضاً تلك التي يتم إغفالها[22]. بل إن الفيلسوف فولفغانغ شتيغموللر من ميونيخ يدّعي أن نظريات العالِم العادي (بمعنى كُوْن) «مُحصَّنة ضدّ الخبرة العنيدة»، ولا يحتاج معها، في سلوكه، «لأن يصادف أثراً للاعقلانيّة»[23].

وفي وسع أحد الأمثلة توضيح ذلك: فقد رأى أرسطوطاليس في الأحجار المتأرجحة سقوطاً مُعَرقلاً، أما غاليلي فرأى فيها حركةً نواسيّة. وهذه أمثلة على المشاهدات المتعلّقة باللغة. لم يكن من المعقول إطلاقاً أن يصف أرسطوطاليس الحجر المتأرجح على أنه حركة نواسيّة. كما أن غاليلي لم يتوصّل إلى مقولته بناء على طرق ملاحظة أكثر دقّةً أو نقاءً، بل لأنه كان قد رفض النظرية

الأرسطوطالية بأكملها، ووضع بدلاً منها نظريةً جديدة. (كما يمكن القول إنه وضع بدلاً من اللغة الأرسطوطالية لغةً أخرى).

وكما هو الحال في الفيزياء والعلوم الأخرى، فإن التقدّم في الطب لا يكمن في اكتشاف حقائق جديدة بقدر ما يكمن في رؤية جديدة لأمور معروفة منذ زمن طويل.

ابتكار:

هنالك تبعات بعيدة المدى تترتّب دائماً على مثل هذه النظرات الجديدة، وخصوصاً في الطب. فنتائج البحث العلمي من وجهة النظر الجديدة تكون بالفعل، في البداية، على شكل خطوط عريضة دائماً. ورغم ذلك فهي لا تتّفق عادة مع الآراء والمفاهيم السائدة حتّى اللحظة، والتي تُعتبر نظريات متماسكة ومجرَّبة وموثوقة أيضاً في إطارٍ معيّن. وبالمقابل ليست الأفكار الجديدة، وكما يرى كُوْن، أكثر من «استبشارٍ بالنجاح» في الغالب. والسؤال الذي يبرز هنا: هل يُفترض بالمرء، في هذا الرهان على المستقبل، أن يتخلّى عن العمارات الفكرية المألوفة؟ هل يُفترض به، وفي نوع من نشوة الباحثين عن الذهب، أن يهجر طرق التفكير المجرَّبة ليتوغّل في غابةٍ مجهولة؟

لقد أقدم العلماء على ذلك في كل العصور، وكان عليهم دوماً الكفاح ضدّ المقاومة العنيفة التي أبداها أولئك الذين تشبّثوا بالموروث المتأصّل. لذلك كانت فترات الانقلاب في العلوم وفي كل العصور، فترات نزاعات على السلطة أيضاً، أمكنها زلزلة أركان فرعٍ علميّ ما. وقد تعرّض الطب لأزمةٍ من هذا النوع حوالي نهاية القرن الثامن عشر، وذلك عندما أخذ التشريح المرضي وغيره من الفروع بأخذ مكان الباتولوجيا الخلطية. وكان الطبيب الفرنسي فرانسوا كزافييه بيشات، أحد مؤسّسي التشريح المرضي، قد استفزّ زملاءه آنذاك بقوله: «إذا وضع المرء جانباً بعض الأمراض الإنتانيّة والعصبيّة، فإن كل ما يتبقّى يندرج في إطار التشريح المرضي»[24].

وكما تبيَّن فيما بعد – من خلال الاكتشافات الجرثومية لروبرت كوخ مثلاً – كان هذا القول شديد المبالغة. ورغم ذلك أصبح بيشات مؤسّس علم النُّسُج الطبيعي والمرضي.

إن التثمين الخاطئ في العلوم لكفاءة الأفكار والنظريات الجديدة ليس أمراً نادراً أو غير مألوف. فلقد اقتضى الأمر بحثاً شاقّاً حتّى أدرك المرء أن ميكانيك نيوتن لا يصلح لتفسير الظواهر

البصرية. كما أننا لا زلنا إلى اليوم لا نعلم مدى فائدة التحليل النفسي في أمراضٍ معيّنة. فالمرء لا يرى عادةً حدود نظرية علمية ما – وهذا يعني أيضاً: حدود نظام لغويّ محدّد. وغالباً ما يتم تعيينها عن طريق نظريات أخرى تثبت أنها أكثر كفاءةً في هذه المجالات. كما يتم أحياناً رفض تقديرات بحثية معيّنة ليطويها النسيان مؤقّتاً، لأن المرء لم يستطع تثمين قيمتها بشكل صحيح أو لأن المدخل اللغوي كان مُفتقداً. ثم تعود إلى الظهور فيما بعد كضروبٍ أو أنواعٍ حديثة. والمثال على ذلك مذهب ديكارتس حول الأفكار الفطرية الذي أُعيد اكتشافه مؤخّراً من قبل العالم اللغوي الأمريكي نوام تشومسكي.

ما معنى هذه التأمّلات التاريخية والنظرية المقتضبة بالنسبة للطب الحديث؟ عندما يتم في العلوم اقتفاء آثار خاطئة يُصاب تقدمها بالشلل. وهذا ما ليس بإمكان الطب القيام به، بخلاف العلوم الأخرى التي يؤدّي التقدّم فيها إلى مشاكل كذلك الأمر. ولكن توقّف العلم وتعطّله في الطب يعني معاناة الكثير من المرضى. على أنه لا يمكن الحصول على المعارف الجديدة عنوةً.

لذلك يستعين الطب في بعض الأحيان بحيلةٍ مكشوفة وقابلة للطعن؛ إذ يحاول عن طريق مناوراتٍ لغوية التوفيق بين مفهوم المرض والمستوى المعرفي الذي وصل إليه. ومن الناحية الأعراضية ثمّة تعريف وضعه فيكتور فون فايتسيكر لهذا الغرض: «إن الجوهر الحقيقي للمرض هو الضائقة، ويتمظهر كالتماسٍ للمساعدة. فالمريض هو كل من يتّصل بي بوصفي طبيباً، واقرُّ أن لديه ضائقة. فمن أجل القول – الفصل «هذا مريض» ثمّة «صيغة» حاسمة هي: «الطبيب»[25].

ولكن ماذا يحدث لأولئك الذين يشعرون بالضائقة والحاجة، والتي يقابلها امتناع الطبيب عن مثل هذا القول – الفصل بالنسبة لهم؟ يمكن اعتبار تعريف فايتسيكر التسويغ النظري لإثبات جورِس أن الطب يصف مجموعات كبيرة من المرضى بأنهم متمارضون ويتركهم لمطبخ شائعات المجتمع. إن مثل هذا الموقف لا بد أن ينعكس متحوّلاً إلى مصدرٍ لنزاعات حادّة بين الأطبّاء والمرضى.

إن كون المرضى يعانون من أمراض ليس في وسع الطب تشخيصها هو أمر واقع. ومن الطبيعي أن تكون معالجة الأمراض التي لا يمكن تشخيصها بوضوح معالجةً عارضة وغير مؤكّدة. كما أنه عندما يبني الطبيب معالجة معيّنة على نظرية طبية غير مناسبة فإن معالجته سوف تكون عادةً غير مناسبة أيضاً. فبيشات، عالم التشريح المرضي، لم يكن بإمكانه، مع تصوّراته حول

جوهر الأمراض، معالجة مريض كوليرا في عصره؛ الأمر الذي يستطيعه أتباع الباتولوجيا الخلطية بصورة أفضل. واليوم كذلك، ليس بإمكان الطبيب تحقيق أيّ نجاح، ولا المريض أيّ شفاء، عندما يحاول معالجة انحطاط مفاجئ في الكفاءة والقدرة على الإنجاز بالعلاج النفسي، عندما يتوارى خلفه اضطراب في وظائف الكبد في بدايته، وغير قابل للتشخيص بالنسبة للطب الغربي. مع العلم بأن مثل هؤلاء المرضى ليسوا استثناءً – كما أثبتنا بالاستشهاد بجورِس وشيفر – بل الأرجح أنهم القاعدة.

اللاعقلانية ليست المخرج...:

يتّضح مأزق الطبيب اليوم تماماً عندما نستعيد مرّة أخرى إثبات شتيغموللر: يمكن لعالمٍ ما (وبالتالي لطبيبٍ ملتزم بالعلم) أن يسلك سلوكاً عقلانياً تماماً عندما يتمسّك بنظرية ما، رغم «الخبرة العنيدة». ولكن كيف يُفترض بالطبيب أن يتصرّف بصورة غير عقلانية؟ هل يسوّغ وعيّ العقلانية هذه عدم التسامح والتعصب واسع الانتشار بين الأطبّاء اليوم؟ لا بد لنا من إثبات أن هنالك عقلانية في الطب لا تقود إلى الهدف.

كيف نخرج من هذا المأزق الذي يبدو عصيّاً على الحل؟ إن ما يلفت الانتباه هو أن كلاً من الطبيب الممارس آرثور جورِس، في نقده للطب الغربي، والمفكّر اللغوي بنيامين لي وورف، في حكمه على العلوم الغربية (التي يدخل الطب في عدادها أيضاً) قد توصّلا إلى نتائج متشابهة: كلاهما يقولان إن العلم الغربي وصل إلى تلك الحدود التي لم يعد يُتوقّع عندها إلا بصعوبة، ورغم كافة الجهود، حصول تقدّم يستحق الذكر. ولكن في حين أن جورِس لا يذكر أيّ سبب لذلك، بل يفترض وجود خطأ مبدئي فقط، يقوم وورف بخطوةٍ أبعد من ذلك. فهو على قناعة بأن السبب هو الحدود التي تضعها اللغة. فمن غير الممكن التفكير بشكل مخالف لمنظومة قواعد لغةٍ ما أو خارج نطاقها. فاللغة تحبسنا «كسلطة مقيّدة». وإذا أردنا التخلّص منها، إذا أردنا اكتشاف عوالم جديدة فيما وراء لغتنا، فلا بد لنا أولاً من تعلّم لغة جديدة ذات نُظُم بنيوية غريبة كلّيّاً. إن وورف على قناعة بأن «البشر الذين يستخدمون لغاتٍ ذات بنى قواعدية مختلفة جدّاً مسوقون عن طريق هذه البنى المختلفة إلى ملاحظاتٍ ومشاهدات مختلفة أيضاً بصورة مميَّزة. ومن هنا فهم كملاحظين ليسوا متكافئين، وإنما يتوصّلون إلى نظراتٍ مختلفة بوجهٍ ما عن العالم»[26].

... بل توسيع أفق اللغة:

لنبق في التشبيه المستخدم آنفاً: نحن بحاجة إلى خزانة دروجٍ مختلفة يمكننا حشر الطبيعة فيها بشكل مغاير عنه حتّى الآن. وهذا ما يبدو بسيطاً ومعقولاً، كما أن هناك ما يكفي من اللغات التي لا تشترك بشيء مع اللغة الألمانية، الإنكليزية، الفرنسية أو الروسية. ولكن لا بد لنا أن نتساءل لماذا لم يتَّبع أحد بعد نصيحة وورف؟

في محاولة البحث عن إجابة على هذا التساؤل نصادف ما يحبطنا بمرارة. فاللغة وحدها ليست سبيلاً مَلَكياً إلى النجاح العلمي. ولا ننسى أنه مضى على أرسطوطاليس ما يزيد عن 2300 سنة حتّى تطوّرت العلوم الغربية إلى مستواها الحالي. والآن علينا التفتيش عن لغاتٍ جديدة تُفضي بنا إلى مستوىً أعلى! إذن ما هو حجم الإثارة والإغراء الممكن بالنسبة لعالم كيمياء حيوية أو لعالم جيوفيزيائي أو لطبيب من أجل تعلّم لغات الهنود الحمر على أملٍ غامض بالنهوض المحتمل باختصاصه؟ كم سيستغرق الأمر من الوقت حتّى تتم صياغة نظام فكري في مثل هذه اللغة يماثل عمل أرسطوطاليس ولو بشكلٍ تقريبي؟ إذ ليس هناك نظام علمي، ولو على شكل بدايات، في أيّ من اللغات التي طافت في ذهن وورف لدى نقده العلوم الغربية. وبكل الأحوال يمكن للمرء أن يتصوّر أنه أمكن للرياضيات، على هذا النحو، إيجاد بدايات لنظريات جديدة، ومن ثم قامت بتوسيعها وتحسينها بصورة مجرّدة ومستقلّة عن اللغة التي حرّضتها على ذلك. وعن هذه الطريق نشأ العديد من الفروع الرياضياتية، وعلى سبيل المثال علم الكمّ ونظرية المجموعات.

مساهمة الصين:

وهنا يمدّ لنا يد العون الإرثُ المعرفي للشرق الأقصى والذي يرجع إلى آلاف السنين. فالصينية ليست مجرّد لغة مختلفة كلّيّاً عن عائلة اللغات الهندو – أوروبية. كما وأن الصينيين أيضاً بإمكانهم الالتفات إلى الوراء ليروا تراثاً علميّاً لا يختلف عن التراث الغربي بشيء.

ويحتلّ الطب بين العلوم الصينية موقعاً متميّزاً. فلقد تطوّر بشكل كبير منذ حوالي القرن الثالث قبل الميلاد، وهو يلبّي كافة المتطلّبات التي نضعها أمام العلم: فهو نظرية كفؤ، وبالتالي علم

عقلاني. إنه يقتضي من الأطبّاء الذين يعلمون بموجبه ملاحظات ومشاهدات دقيقة. مقولاته قابلة للاختبار في أيّ وقت؛ وبذلك فهو علم تجريبي أيضاً. فالأطبّاء الصينيون، مثلهم مثل الغربيين، يضعون تشخيصاً، يصوغون إنذاراً لسير المرض ويبنون على ذلك معالجتهم. وبذلك تغدو معالجة المرضى قابلة للمراقبة، وبناءً على الموجودات، قابلة للتصحيح العقلاني أيضاً. في كل هذه الأمور يشترك الطبّان الغربي والصيني.

ولكن ما يختلف فيه كل من العلمين عن بعضهما بعضاً هو نوع مقولاتهما. الطب الغربي يبحث عن تبدّلاتٍ في الأعضاء، يقوم بتحليل تركيب الدم أو اكتشاف «العامل المسبِّب». أما أسسه فهي التشريح وعلم النُّسج. فهو إذن علم مادّي، طب جسدي (somatish)[27]. وعلى العكس يدرس الطب الصيني الحركات، الدينامي، النفسي، الوظائف. موجودات الأطبّاء الصينيين عبارة عن مقولات مباشرة حول الوظائف واضطراباتها، دون استناد صريح على الأعضاء أو الأعصاب أو الدورة الدموية. لذلك يصلح الطب الصيني بالدرجة الأولى لمعالجة وشفاء الاضطرابات الوظيفية. غير أن هذه الاضطرابات الوظيفية هي بالضبط الأمراض التي غالباً ما لا يتوصّل فيها الطب الغربي إلى موجودات مقنعة وحاسمة. وبالمقابل فإن الطب الصيني ليس أحسن حالاً، حيث يتضاءل نجاحه في تلك الميادين التي يؤتي فيها علم الطب الغربي أكثر نجاحاته وثوقاً.

ومن هنا نقول إن الطب الغربي وطب الشرق الأقصى لا يبدوان متنافسين، وإنما يكمِّلان بعضهما بعضاً بشكل ممتاز. ففي وسع الطب الصيني تقديم العون لكل أولئك الذين يجوبون نظام متاهة طب الأجهزة ويُعرِضون عن مثل هذا الطب خائبين.

توسيع الوعي:

كان كارل غوستاف يونغ، الطبيب وعالم النفس السويسري، قد رأى أن «الوعي الغربي ليس بأيّ حال الوعي بالمطلق». «والأرجح أنه قيمة مشروطة تاريخيّاً ومحدّدة جغرافيّاً، ولا تمثِّل سوى جزءٍ من البشرية. ولا ينبغي أن يتم توسيع وعينا على حساب أنواع الوعي الأخرى، وإنما عن طريق تطوير تلك العناصر من نفسيتنا والتي تحاكي خواص النّفسيّة الأجنبية، مثلما لا يمكن للشرق أيضاً الاستغناء عن تقنيّتنا وعلمنا وصناعتنا. لقد كان الغزو الأوروبي للشرق عنفاً واسع النطاق. وقد

خلّف لنا – كما تقتضي روح النبالة – الالتزام بفهم واستيعاب روح الشرق. ولعل ذلك ضروري لنا أكثر مما نظن الآن»[28].

زخارف الطب الغربي على الطريقة الصينية

قصّة ريستون (Reston-story):

لقد سبق ك. غ. يونغ بمعارفه هذه عصره بعشرات السنين. ولكنه لم يستطع بذلك استفزاز خصومه الأشدّاء ودفعهم إلى ردود أفعال مضادة؛ وهكذا بقيت مهملةً إلى حدّ بعيد حتّى الآن. ولكن ما لم يتوصّل إليه عالم النفس السويسري باستفزازه التفكير الغربي، قام به بعد حوالي 40 سنة تخريشُ زائدة دودية لمراسلٍ أمريكيّ لامع.

في صيف 1971 أصيب الصحفي جيمس ريستون بالمرض أثناء جولته عبر الصين. وبناءً على مسعى من رئيس الوزراء شو إن لاي استؤصلت لديه الزائدة الدودية في 17 تموز في المشفى المضاد للإمبريالية في بكين. وقد أُجريت له العملية الجراحية تحت التخدير الموضعي فقط، وعايش بكامل وعيه التداخل الجراحي الذي تواجد فيه أحد عشر من كبار أطبّاء بكين. وبمساعدة المترجم الذي عيّنته وزارة الخارجية كان في وسع ريستون الامتثال لسائر توجيهات الأطبّاء خلال العملية. أما الشكايات التي ظهرت لاحقاً فقد عولِجَت بالوخز بالإبر والتسخين النقطي (moxibustion)، حيث ظهر إثر ذلك «وفي غضون ساعة واحدة استرخاء ملحوظ بالضغط والتورّم، واختفت الشكايات إلى غير رجعة».

كتب ريستون في صحيفة نيويورك تايمز بتاريخ 26 تموز 1971 عن معايشاته الطبية في جمهورية الصين الشعبية وحول «طب الإبر والأعشاب» الصيني. وقد اعترض ريستون على التخمينات التي ادّعت أنه قام بتدبّر الأمر وإخراج هذه المسرحية بنفسه كي يتعرّف شخصياً على

الوخز بالإبر: «هذا ليس باطلاً فقط، وإنما يتخطّى إلى حدّ بعيد مخيّلتي وشجاعتي واستعدادي للتضحية الذاتية».

الوخز بالإبر كحدث مثير:

انتشرت قصّة ريستون حول العالم كما النار في الهشيم. وفجأةً أخذ العالم كله يخمّن حقيقة الأمر في ذلك الطب الغريب بالإبر الفولاذية. وتحوّل الوخز بالإبر، والذي كان حتّى ذلك الحين موضوعاً جانبياً مهملاً حتّى لدى أطبّاء الطرق الدخيلة لدرجة أنهم لم يكونوا يدرسوه أو يهتمّوا به، أقول تحوّل بين ليلة وضحاها إلى موضوع الساعة الذي تجري مناقشته بحدّة، إلى موضوع أثار الخواطر في المؤتمرات الطبية كما في حفلات الاستقبال. كما جرى، بدهشةٍ وارتياب، تسجيل أفلام وتقارير عن العمليات الجراحية في جمهورية الصين الشعبية تبيّن كيف يتم تسكين الألم لدى المرضى بواسطة بضع إبر وكيف كانوا يتحادثون مع الأطبّاء، بينما يشقّ هؤلاء بطونهم بالمشرط ويستأصلون الأجزاء المريضة من الأعضاء.

لقد كان تصوّر إمكانية تصحيح عيوب دسّامات القلب واستئصال الأورام الخبيثة، دون وجوب إتخام المرضى قبل ذلك بالأدوية المخدِّرة، تصوّراً خياليّاً في كل أوجه معانيه. وتحوّل الوخز بالإبر، حتّى قبل أيّ اختيارٍ علميّ، إلى مسألة اعتقاد وقناعة تحارب فيها المؤيّدون والمعارضون بكل عنف. فالبعض لم يصدّقوا أعينهم ولم يرغبوا أبداً بالاعتراف بما شاهدوا ولاحظوا بأم عينهم، بينما رأى البعض الآخر فجأةً أن الوخز بالإبر قادر على كل شيء.

أما الغالبية من الأطبّاء ففضّلت الانتظار ومتابعة «التطوّر» باهتمام وارتياب. غير أنهم لم يستطيعوا البقاء على الحياد تحت إلحاح الأسئلة المصرّة لمرضاهما الذين لم يتمكّن الطب المدرسي من تقديم العون لهم وكانوا يهدّدون بالتحوّل إلى عيادات الأطبّاء الشعبيين. وقام في هذه الأثناء آلاف الأطبّاء بالاطّلاع على المبادئ الأولية للوخز بالإبر، وذلك في دورات نهايات الأسابيع في الأجواء المترفة لفنادق المؤتمرات، كما قاموا بشراء أكوام من مراجع الوخز بالإبر للمبتدئين والمتقدّمين، بهدف متابعة تأهيل أنفسهم عن طريق التعليم الذاتي. حتّى أن كثيراً من الأطبّاء الأمريكيين والأوروبيين طاروا لمدّة 14 يوماً إلى هونغ كونغ أو تايبه تجذبهم «مراكز الوخز بالإبر»

المفتتحة هناك على عجل، وفي ظلّ إنفاقٍ دعائي كبير، لتعريف الأطبّاء بأصول «فنّ العلاج الصيني» الذي يرجع إلى آلاف السنين، كما قيل.

وازدهرت في كل مكان، في الولايات المتّحدة الأمريكية، فرنسا، النمسا، سويسرا وفي ألمانيا جمعيات طبية للوخز بالإبر سرعان ما تطوّرت إلى تنظيمات محترمة، ولكنها في بعض الأحيان أيضاً تنافست مع بعضها بعضاً بشكلٍ حادّ. أما الأطبّاء الشعبيون الذين كانوا ساهموا قبل ذلك في أن النسيان لم يطو الوخز بالإبر في أوروبا، فقد تم استبعادهم من هذه الجمعيات.

غير أن ذلك لم يمكّن من الحيلولة دون الازدهار الفجائي لمهنة الأطبّاء الشعبيين التي عرفت فجأةً تقديراً واحتراماً جديدين، وسرعان ما وصلت إلى أعلى معدّل نموّ بين المهن الطبية. وفي بعض الأحيان كانت الظروف التي تحوّل في ظلّها أحدهم إلى طبيب شعبي محطّ الاهتمام أكثر من الوخز بالإبر ذاته. وكان المثال الأبرز في ألمانيا مدير دار النشر السابق مانفريد كونليشنر الذي افتتح في البلدة الميونيخية البارزة غرونفالد عيادة طبّ طبيعي وبدأ بوخز الإبر، وذلك في ظلّ اهتمام كبير من قبل صحافة الشارع المصوّرة التي تعتمد الإثارة. وقد اعتبر الوخز بالإبر في كتبه، والتي تعتبر من الكتب الأكثر رواجاً (bestseller)[29]، من «المعجزات القابلة للتحقيق». حيث قام بوخز مشاهير نجوم العالم من الممثلة سينتا بيرغر إلى لاعب كرة القدم فرانس بيكينباور.

التركيز على ما هو جوهري:

مع أن ك. غ. يونغ لم يجد من يصغي إليه كواعظٍ – فتح وعي الغرب على الفكر الصيني – ولا كمنذرٍ – من حيث اقتران ذلك بالمخاطر–، ولكنه أثبت أنه متنبّئ ثاقب الفكر. كان يونغ قد كتب عام 1930: «لنتأمّل ما معنى أن يتّصل الطبيب الممارس، والذي يعمل بشكلٍ مباشر على خدمة البشر المعانين الذين يسلّمون له أنفسهم عن طيب خاطر، ما معنى أن يتّصل هذا الطبيب مع أنظمة الطب الشرقية؟ فعلى هذا النحو تتغلغل روح الشرق في كافة المسامات لتصل إلى نقاط أوروبا الأكثر ضعفاً. قد يكون الأمر عدوى خطيرة، ولكن لعلّه أيضاً دواء شاف. لقد أحدثت البلبلة اللغوية البابلية لروح الغرب مثل خلل التوجّه هذا، بحيث أن كل شيء يتوق إلى الحقيقة البسيطة،

أو على الأقلّ إلى أفكار عامّة لا تتحدّث إلى الرأس فقط، بل إلى القلب أيضاً، وتمنح الأرواح الناظرة الصفاءَ والوضوح، والمشاعر المضطربة والأحاسيس الضاغطة السلام والطمأنينة. فكما فعلت روما القديمة، يحصل اليوم أيضاً أننا نستورد ثانيةً كل الخرافات الدخيلة آملين أن نكتشف في ظلّها الدواء الناجع لمرضنا»[30].

ولا يقصد المرء الاستهانة بجهود ومساعي الأطبّاء الغربيين في إقبالهم على الطب الصيني، ولا التقليل من قيمة دوافعهم ونجاحاتهم، عندما يثبت المرء أن الطريقة التي يتم فهيا وخز الإبر في عيادات الأطبّاء الأمريكيين والأوروبيين يمكن وصفها، في أحسن الأحوال، بأنها مُنتج طبي على الطريقة الصينية، زخرفة طبية أو مهارة فنّيّة على طراز الشرق الأقصى. وكيف يمكن أن يكون الأمر غير ذلك؟

النظرة المشوبة إلى الطب الصيني:

تأسّس علم الطب الصيني مع ظهور «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر» (بالصينية: Huangdi Neijing)[31] في أواخر القرن الثالث ومطلع القرن الثاني قبل الميلاد، وتكشّف خلال القرون اللاحقة، أي حتّى القرن الثامن بعد الميلاد، متحوّلاً إلى منظومة متماسكة ذات كفاءة عالية. ولأسباب سوف نستعرضها في سياقها التاريخي في فصل «التاريخ» ابتدأ الطب التقليدي في الصين منذ القرن الخامس عشر على أبعد تقدير بالتدهور والانحطاط بصورة واضحة، ليبلغ الدرك الأسفل في النصف الثاني من القرن التاسع عشر بتشجيعٍ إضافي من خلال الخبرات الأولى بالطب الغربي.

لم يفعل الصينيون شيئاً في ذلك الوقت لحماية طبّهم الخاص من النسيان. أجل فلقد فرغ المرء منه أخيراً، تحت تأثير ووقع نجاحات الأطبّاء الغربيين في الثلث الأوّل من القرن الماضي، معتبراً إياه خرافة، تكهّناً أو «علم أعشابٍ فجّاً». وفي شباط 1929 أراد المرء حظره كلّيّاً، ولم يُحجِم عن فعل ذلك إلاّ بعد مقاومة عنيفة أبدتها الأقاليم والأرياف. وإلاّ لبقي سكّان الريف دون أيّة خدمة طبية. ولم يتغيّر شيء في البداية في الاستخفاف شبه الرسمي بالطب الخاص.

وحده ماوتسي تونغ كان أطلق النداء من أجل تطبيق الطب الصيني والطب الغربي جنباً إلى جنب. غير أنه لم يتم تأسيس أكاديميات للطب الصيني في سائر المدن الكبرى في الجمهورية الشعبية إلاّ بعد عام 1949، وذلك عندما استلمت الماوية السلطة. وبدأ المرء اعتباراً من عام 1954 تقريباً بطبع كامل أدب الطب التقليدي المتاح في إصدارات جديدة ومُتقنة. وبذلك فقط أصبحت الأعمال التي لم تكن قد طُبعت منذ قرون، وفي بعض الحالات منذ 800 سنة، أصبحت في متناول اليد.

وفي تشرين الثاني 1958 اتّخذت اللجنة المركزية قراراً رسميّاً يقضي بالمساواة في الحقوق أو بالأحرى بندّية كلّ من الطبّين الصيني والغربي الحديث. وبموجب هذا القرار يفترض بالطب الصيني التقليدي أن يصبح بعد فترة انتقالية، وتبعاً لعدد ممثليه في سائر المشافي ومنشآت الأبحاث، ليس فقط مرتبة الطبي الغربي نفسها، وإنما تقرّر، عدا ذلك، أن يمتلك طلاّب الطب الخيار بين التأهيل في الطب الغربي أو في الطب الصيني التقليدي. ويتم في الحالة الأولى تكريس أربعة من مجمل سنوات التأهيل الخمسة للطب الغربي وسنة واحدة للطب الصيني، والعكس في الحالة الثانية.

والواقع أن هذه القرارات السياسية الواضحة، وكما تأكّدتُ من ذلك شخصيّاً بعد 20 سنة، لم تُتَرجم إلى أفعال في كثيرٍ من مناطق الصين حتّى ولو بصورة تقريبية. فقد تكسّرت ليس فقط على صخرة خمول وبلادة الجهاز الإداري أو مقاومة الأطبّاء المؤهّلين في الطب الغربي، والذين لعبوا دوراً مهمّاً في هذا الجهاز الإداري. وإنما لوجود عاملين آخرين مهمّين، وربما أكثر خطورة. أولاً كان الخبراء الأفضل تأهيلاً في الطب التقليدي أقلّ بكثير، من الناحية العددية، من الأطبّاء ذوي التوجه الغربي الذين درسوا وتخرجوا حسب نظام الإجازة القائم منذ عشرات السنين. (تبعاً لتقدير شخصي غير رسمي يفترض أن كل خبير واحد ذي تأهيل عال في الطب الصيني التقليدي يقابله 1000 طبيب مؤهّل بشكلٍ منهجيّ في الطب الغربي. كما ساءت النسبة في هذه الأثناء أكثر بكثير). وثانياً لم تكن هناك أيّة لغة ومصطلحات مشتركة يمكن لممثلي هذين النظامين المتعاكسين من حيث طريقة المعرفة أن يتفاهما بها بصورة عقلانية. وهكذا فإن ما حصل بدايةً هو ارتجال تعاون حسب الإمكانيات المكانية المحلّيّة، وتحوّل التفوّق العددي لممثلي الطب الغربي تدريجيّاً إلى تفوّق مصطلحاتي أيضاً في السعي إلى توليف كلا النظامين. ولكن الذي حدث بذلك هو أن النظام الأوّل

أخطأ هدفيه، المنهجي – العلمي والسياسي على السواء، إذ كما حاولنا أن نبيّن، تحتاج أيّة معرفة، أي إدراك وملاحظة، من أجل توصيفها وعرضها، إلى لغة محدَّدة تماماً، إلى كمصطلحات محدَّدة تماماً.

إذن، ورغم أصدق النوايا، فإن التوجيهات الصادرة عن اللجنة المركزية في الصين عام 1958 لم توضِّح النظرة إلى الطب الصيني بقدر ما غبّشتها. إذ إن محاولة جعل التقليد العلمي للطب الخاص مسايراً للعصر تم القيام بها في ظلّ جهلٍ تامّ بأسسه النظرية – المعرفية النوعية، لا بل دون أيّة أفكار منهجية – مبدئية على الإطلاق. وهكذا تكشّف في الستينيات، وبصورةٍ أوضح في السبعينيات، طب صيني بالاسم وببعض السمات الخارجية من حيث التقنيّة والأدوية، ولكن نظريته العقلانية الصارمة جرى حلّها وإلغاؤها باطّراد، وطُمست بشكل لم تعد فيه مرئية. أما أطبّاء أمريكا وأوروبا الذين أرادوا الاطّلاع على الطب التقليدي في أرضه فلم يحتكّوا سوى مع هذا الشكل من التقليد، المفكّك والمنحرف منهجيّاً.

منذ نهاية السبعينيات وهدوء «الثورة الثقافية البروليتارية الكبرى»، دخل في مجال الطب أيضاً تبدّل جذري في طريقة التفكير أحدث تفاؤلاً معتدلاً: فالواقع أنه ليس في وسع المرء الكلام عن تجديدٍ هادف إلاّ بعد أن يتم استيعاب الإشكالية النظرية – المعرفية المبدئية من قبل كافة العاملين في مجال بحث وتعليم الطب الصيني التقليدي بكامل أبعادها وترجمتها إلى تنظيمات لغوية جديدة موافقة. غير أن ذلك سوف يحتاج إلى سنين عديدة، إذ لا تتوافر بعد عملية إعادة البناء العقلانية لنظرية الطب الصينية الكلاسيكية سوى على شكل بدايات.

الوضع في أوروبا:

لا بد من هذه الإثباتات كي ندرك لماذا كان لا بد للبدايات الأولى للمعالجة العلمية للطب الصيني أن تبقى منقوصة. وهذا ما يسعى إليه قبل كل شيء كل من أستاذ الطب فرانس هوبوتر من برلين، والذي كان قد عمل كطبيب في الصين لسنوات طويلة، والمؤرِّخ العلمي فيللي هارتنَر من فرانكفورت. ولا شك أنهما أنجزا عملاً رائداً على طريقتهما. إلا أن الباب المؤدّي إلى الأعمال العديدة المهمّة من الأدب الطبي التقليدي، والتي لا غنى عنها لفهم الطب الصيني، كان موصداً بوجههما. أضف أن الحرب العالمية الثانية قامت بوضع نهاية مفاجئة للاشتغال العلمي بالطب

الصيني. فقط في الخمسينيات قام الصينيون بإعداد نصوص الأدب الطب الكلاسيكي في طبعات متحمِّسة نادرة المثال، وبذلك هيّؤوا، ولأوّل مرّة، الأسباب لعرضٍ شامل للمصادر.

من هنا يتّضح لماذا لم تكن النصوص الأصلية المهمّة في الطب الصيني التقليدي معروفةً لدى الأطبّاء الغربيين، ولا حتّى كانوا قد سمعوا عنها ولو بالاسم. وتُعتبر كافة الكتب التعليمية في الوخز بالإبر المتوافرة باللغات الغربية كتباً قام بتأليفها خبراء سمّوا أنفسهم كذلك. وهي تعتمد على مصادر مشكوك فيها وكثيراً ما تكون ملتبسة وغامضة كانت قد وصلت إلى أوروبا بطريقة مغامراتية ومريبة فكرياً، أو أنها تنهل من ثالث، رابع، خامس أو حتّى سادس يد.

ويمكن أحياناً إرجاع هذه الأعمال الغربية في الوخز بالإبر إلى أحد تلك الكتب التعليمية التي لا طموح علمي لها، والتي تم جمعها في الأكاديميات الطبية في جمهورية الصين الشعبية في الخمسينيات من قبل مجموعات من المؤلّفين الغفل. وقد كان الغرض الوحيد لهذه الكتب المطبوعة في ملايين النسخ أن توفّر للدارسين بالسرعة الممكنة مدخلاً أوليّاً في الطب التقليدي. فهي عبارة عن نصوص مذكّراتية سطحية لا تتقيّد بمنهجٍ وتأسيسٍ علميين. وقد تضمّنت مثل هذه الكتب ترجمات إلى الصينية الحديثة مُعيدة صياغة وسبك النصوص الأصلية.

ولكن حتّى الترجمات والتفسيرات القليلة للأدب الطبي الصيني، والتي قد تكون مستندةً إلى المصادر الكلاسيكية، هي محرَّفة جراء عدم التخصّص اللغوي، بحيث أنها تعطي انطباعات غير معقولة كلّيّاً وتجر إلى سوء تفسير مستمر. وغالباً ما تم فيها، وباجتهاد، استبعاد تلك الخصوصيات اللغوية الصينية بالذات والتي تشكّل طريقة المعرفة النوعية للعلم الصيني، وبالتالي كان في وسعها توضيحه. فعلى سبيل المثال يُترجَم المصطلح wuxing بشكل شائع بـ «العناصر الخمسة» وليس بـ «أطوار التحوّل الخمسة»، كما هو معناه الصحيح. ويوصف جوهر الطب الصيني، ألا وهو علم ظواهر الدوائر الوظيفية (أو بالعبارة التخصصية: التخطيط الأيقوني للدارات[32]، بالصينية: Zangxiang) حتّى في الأيام الأخيرة على أنه «التشريح الصيني»، على وهم أنه مطابقة مماثلة بالمعنى للتشريح الغربي. وانطلاقاً من ذلك يعتقد الأطبّاء الغربيون من جديد بجواز استنتاجهم لبدائية الصينيين المخيفة في تصوّراتهم التشريحية. بيد أن الطب الصيني في الحقيقة لا يعرف أيّ تشريح على الإطلاق[33]، والتخطيط الأيقوني للدارات هو المقابل القطري للتشريح والفيزيولوجيا الغربيين. وهو عبارة عن التوصيف المنهجي للمجريات الوظيفية في مختلف مجالات الفرد. وكما

ذكرنا سابقاً لا يتم في الطب الصيني، في الواقع، سوى ربط مقولات حول العلاقات الوظيفية ببعضها بعضاً في منظومة علمية متماسكة.

لقد اندثرت في اللغات الأوروبية، وإلى حدّ بعيد، وسائط التعبير التي تصف المجريات دون الرجوع إلى أشياء مادّية، ولم تعد موجودة إلاّ بصورة استثنائية. عندما نقول مثلاً «تخضرّ» أو «تُمطر» أو «شيء ما يضيء»، فإن هذا يحدث دون إسنادٍ صريح إلى أعواد الحشائش والأشجار التي تشكّل الاخضرار، دون ذكر قطرات المطر أو مصادر الضوء. ومن وجهة أخرى نجد لدى اللغات الأوروبية نزعة وخيمة إلى التشييء: فهي تدع الأشياء تظهر حتّى هناك، حيث لا وجود لها إطلاقاً، وإنما تكون الوظائف فقط مضطربة. فاللغة توحي على سبيل المثال، ومن خلال نزعتها إلى التعبير المادّي، بأن عوزاً في الفيتامين أو نقصاً في العناصر الزهيدة أمر مشابه للجراثيم، للسموم، للبؤر الالتهابية أو للاندفاعات الجلدية. ولا يتم إدراك الفارق إلاّ عندما نحاول ملاحظة كلا النوعين من الأمراض أو الأسباب المرضيّة. وفي حين أن الأخيرة يمكن التعرّف عليها تحت المجهر، في أنبوب الاختبار أثناء التحليل البيوكيميائي أو حتّى بالعين المجرّدة، فإن تلك المواد فيما يُسمّى بأمراض العوز، والتي يتعلّق بها الموضوع تحديداً، تكون غير متوافرة ولذلك أيضاً لا يمكن ملاحظتها من قبل العالم. والأرجح أن عليه استنباط معرفته حول «حالات العوز» بصورة غير مباشرة بمساعدة نظريته الطبية – التي تتيح له معرفة مقدار ما يحتاج إليه المرء من الفيتامينات والعناصر الزهيدة من أجل حياة صحّيّة سليمة. إذن فإن باتولوجيا أمراض العوز تخضع لافتراض لغوي. ولا شك أنه من حسن الحظ أنه حظيت رغم ذلك بنجاح دائم ولم تعد أمراض العوز تمثِل مشكلة طبية.

«تصحيح التسميات»:

كان كونفوشيوس قد نادى قبل 2400 سنة بـ «تصحيح التسميات». وكان يقصد بذلك أن كل مفهوم يجب أن يوافق حقيقة قابلة للمعرفة بصورة دقيقة وصارمة. وقد أكّد الفيلسوف النمساوي لودفيغ فيتغنشتاين أن «معنى كلمة ما، هو استعمالها في اللغة»[34]. كما تبنّى مارسيل غرانيت رأياً مشابهاً في علم الدراسات الصينية (Sinologie) عندما رأى أنه «من المستحسن اختبار كيف كانت العبارتان Yin وYang تُستخدمان في العصور القديمة»، وذلك لتفادي تفسيرات أحادية

الجانب للنصوص الصينية[35]. لدى ترجمتهم الأدب الطبي أو عرضهم التوضيحي له، انطلاقاً من الصينية الكلاسيكية، قام المفسِّرون الغربيون في الغالب باستئصال شأفة خصوصيات اللغة الصينية بدقّة مدهشة وحرّفوه بإتقان إلى عرضٍ مادّي. وهذا ما يُغري عندئذٍ بالبحث عن أشياء لم يدّع الصينيون وجودها على الإطلاق، والتي لا يمكن أن توجد بأيّ حالٍ من الأحوال. ولكن مثل هذه النصوص «المُغرَّبة» لا تغري بفعلٍ غير معقول ومخالفٍ للمنطق وحسب، إذ يتم أيضاً تشويه التماسك الفريد لأنظمة العلم الصيني التقليدية وطمسه وجعله موضعاً لعدم الفهم. ولكي يبقى للقارئ، في دهشته، نفحة من التهيّب على الأقلّ أمام «الحكمة الصينية القديمة»، يُحاط الكلّ بموجاتٍ من ضباب «الأساطير» المزعومة التي يعتريها الإبهام وعدم الوضوح.

لذلك فإن أحد أهم مقاصد العرض الذي بين أيدينا يجب أن يكون تقديم تصوّر مناسب عن اللغة المتداولة. الأمر الذي يتطلّب بعض الانتباه والاهتمام. وقد أثبت الصينيون أن ذلك ممكن، إذ لا بد أن توسيع تفكيرهم الخاص من خلال الوعي الغربي قد سبّب لهم صعوبات مقارنة.

رغم أن التشويهات اللغوية للأدب الغربي حول الطب الصيني أصبحت في هذه الأثناء معروفةً مبدئيّاً، فإن خصوم الطب الصيني المنحازين لم يتركوا أيّ ادّعاء مخالف للمنطق إلاّ وسخّروه للتدليل على الغموض المزعوم للطب الصيني. أو أنه يتم تناقل وتكرار خرافات معقولة ظاهرياً و«نموذجية»، من دون تفحّص، على أنها «حقيقة علمية» – لأن أحداً من الجمهور لا يعارض. وهكذا فإننا نصادف حتّى اليوم نقاشاتٍ تشطح بعيداً في الخيالات والأوهام حول حسنات وسيّئات الطب الصيني.

ولكن الصعوبات التي لا تُقهر تقريباً أمام الدخول إلى النصوص – المصادر تمنع الأصدقاء والأعداء من رؤية وإدراك حجم السخرية في حججهم. فالمؤيّدون يرغبون باستمرار في البرهان على ما لم يدّعه الصينيون أبداً، مثل البرهان على أن «الخطوط» (طرق التوصيل كما سنسمّيها لاحقاً) تتّصل بشكلٍ ما مع الأعضاء التي تحمل أسماءها. بينما يعتقد الخصوم بإمكانية إرجاع الطب الصيني بكامله، وبحججٍ معاكسة يتم عرضها باستهتارٍ وتهاون، إلى مملكة خرافات الشرق الأقصى.

جولة براغماتية:

يبيّن مثال الزخاف الفنّيّة اليدوية على الطراز الصيني أن المواظبة الدؤوبة للوصول إلى أمر ما بإمكانها أن تقود إلى إنجازاتٍ محترمة وذات شأن حتّى عندما تخطئ هدفها الأصلي. ولا مجال هنا للقيام بعملية ترتيب للضروب المختلفة في تقنية الوخز بالإبر، لا في الطب الغربي ولا في الطب الصيني، والتي جرى تطويرها في الغرب في السنوات الأخيرة. ويكفي إثبات ما يلي: صحيح أن جهود ومساعي الأطبّاء الغربيين في الوخز بالإبر بالكاد قرّبتهم من الطب الصيني، إلاّ أنهم قاموا بتطوير أساليب وطرق ليس في وسع أيّ كان، يتتبّع التطوّر دون تحيّز، أن يجادل في فعاليتها في إطار طب الخبرة الغربي اليوم. وقد لمس آلاف المرضى في هذه الأثناء التأثيرات المخفِّفة أو الشافية للإبر واختبروها شخصياً. إذ أمكن تخليصهم من شكاياتٍ مرهقة أو من تناول الأدوية المستمر.

ملحوظة عارضة: بمعزل عن السؤال الموضَّح للتو فيما إذا كان الأمر في هذا النوع من الطب يتعلّق بطبٍ «صيني» أم لا، يرفض بعض خصوم شتّى طرق الوخز بالإبر رفضاً قاطعاً الاطّلاع على مثل هذه الإنجازات أصلاً. وعندما تتكسّر هذه المحاولة على صخرة مقاومة الجمهور الذي غدا في هذه الأثناء حساساً ومدركاً، فإنهم يفترضون إما شفاءات تلقائية بناءً على تأثيراتٍ تنويمية أو إيحائية أو يحاولون بشتّى الوسائل الوقوف في وجه اختبار نجاحات المعالجة وتسكين الألم والتحقّق منها تبعاً لتلك المعايير المطلوبة والمقبولة عادةً للبرهان على الطرق الجديدة والتصديق عليها. وهنا يتكرّر في الطب ذلك التعصّب اللاعلمي الذي أشار إليه المفكّرون والمؤرّخون العلميون أمثال توماس س. كُوْن في علوم أخرى. وما يزيد الأمر غرابة أن الاختبار في كثيرٍ من الحالات يمكن إجراؤه دون جهدٍ كبير، من الإقلاع عن التدخين مثلاً، ومعالجة أمراض الإدمان الأخرى، إلى مجمل لائحة الأمراض العصابية وصولاً إلى البواسير. عندما يكون بالإمكان تقديم العون للمرضى، فإن كل طريقة طبية تكون مشروعة[36]. ولا ينبغي للمرءِ سوى التحرّر من التصوّرات كي ينفذ إلى «الحكمة الصينية التي ترجع إلى آلاف السنين». ومن غير المعقول، بل والمرفوض، عندما يُراد الإيحاء بأن الطب الصيني وخز بالإبر فقط.

مفهوم «الوخز بالإبر» (Akupunktur):

تشكّل مفهوم «الوخز بالإبر» مع نهاية القرن السابع عشر من قبل الأوروبيين، وذلك من الكلمتين اللاتينيتين acus (الإبرة) وpungere (الوخز). وبهذه العبارة كان المسافرون إلى الصين آنذاك يصفون مشاهداتهم للأطبّاء الصينيين الذين كانوا يعالجون مرضاهم بوخز أجسادهم بإبرة أو بعدّة إبر. غير أن الطب الصيني في الواقع لا يعرف إطلاقاً أيّة طريقة تقتصر على تطبيق الإبر وحدها. وما سمّاه الأوروبيون وخزاً بالإبر عبارة عن جزء من Zhenjiu، وهي معالجة تطوّرت منهجيّاً منذ حوالي 2200 سنة. وتعني Zhenjiu بلغتنا «وخز وتسخين». فالكلمة الصينية zhen تعني «الإبرة» أو (كفعل) «الوخز بالإبرة»، «التطبيق بالإبرة»، «الإشارة بإبرة إلى نقطة دقيقة» ...إلخ.

أما الكلمة الصينية jiu فيقتصر استخدامها منذ أقدم الأزمنة على التقنية الطبية حصراً، وتعبِّر عن حرق عشبة حبق الراعي (Artemisia) عند نقطةٍ ما على سطح الجسم. ونتيجةً لهذا التحديد الضيّق والدقيق للمفهوم، فإن ترجمته إلى الكلمة العادية «حرق» ترجمة مبهمة ومضلِّلة، إذ يوجد في الطب الصيني طرق حرق أخرى كذلك، إنما لا يُطلق عليها التعبير jiu. وتخدم الكلمة الأجنبية التي استقرّت في لغتنا، والمنحدرة من اليابانية، «Moxa» كمطابقة عصرية دقيقة، وهي تصف هذه التقنية تحديداً، وفقط هذه التقنية المطبَّقة لأغراضٍ علاجية. وسوف ندعو هذه الطريقة بشكل دقيق فيما يلي بـ «المعالجة بالإبر والتسخين النقطي» (Aku-Moxa-Therapie)[37].

تُعتبر المعالجة بالإبر والتسخين النقطي الطريقة العلاجية الثانية في الطب الصيني من حيث الأهمية، وتشكِّل بتسميتها بالمعالجة الخارجية المكمِّل والمقابل لإعطاء الأدوية الموصوفة والمسمَّى بالمعالجة الداخلية. وهذا يعني أن المرء يمارس تأثيراً طاقوياً في دوائر وظيفية معيّنة عن طريق المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي من الخارج، وذلك عبر نقاط التنبيه أو الثقوب (foramina) الواقعة على سطح الجسم، وعن طريق الأدوية من داخل الجسم.

وكما في كل طريقة علاج صينية يسبق المعالجة بالإبر والتسخين النقطي أيضاً تشخيص مفصَّل يختلف كلّيّاً عن الطب الغربي. وهنا يكمن الفارق الأكثر أهميةً بين الوخز بالإبر الجسدي الممارس في الغرب والمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي. فالأطبّاء الغربيون يخزون إبرهم دون استثناء تقريباً تبعاً لتشخيصٍ غربي (وخصوصاً عندما لا يُسفر مثل هذا التشخيص عن أيّ موجودٍ إيجابي) أو تبعاً لكليشيه علاجية. ويعلم الطبيب الغربي من الكتب التعليمية ومن الخبرة المتزايدة ما

هي النقاط أو تراكيب النقاط التي ينبغي وخزها ويمكن أن تؤدّي إلى تخفيف الأعراض الموجودة لدى المريض. وتُعتبر هذه الطريقة مشروعة لأنها، وقبل كل شيء، تتفادى التأثيرات الجانبية الكثيرة التي تظهر لدى تناول الأدوية لفترة طويلة. لذلك فإن القول إنه على هذا النحو يتم السعي إلى الشفاء على قاعدة ما قبل علمية، قول لا يعني استخفافاً بمثل هذه الجهود العلاجية أو يقلّل من قيمتها.

ولا بد من تمييز ذلك بعناية عن الوخز بالإبر المعروف عن طريق الريبورتاجات المصوّرة القادمة من صالات العمليات في المشافي الصينية بوصفه تسكيناً بالوخز بالإبر، طريقةً لكبح الألم وبديلاً عن التخدير العام الغربي. ولقد غدا هذا التسكين بالوخز بالإبر أكثر شهرةً بكثير من المعالجة بالإبر والتسخين النقطي. وجرى تطوير التسكين بالوخز بالإبر من قبل الأطبّاء الصينيين، إنما خارج إطار نظرية الطب الصينية التقليدية، منذ نهاية الخمسينيات كتقنية مساعدة للجراحة الغربية.

فالطب الصيني التقليدي لا يعرف أيّة جراحة، ولذا فإن التسكين بالوخز بالإبر يعتبر حتّى في الصين وسيلةً مساعدة للطب الغربي الممارس هناك. وعلى خلال المعالجة بالإبر والتسخين النقطي لا يتم اختيار النقاط التي يجب تنبيهها تبعاً لوجهات النظر التشخيصية الإجمالية، وإنما وفقاً لاعتبارات تشريحية – طوبولوجية، أي من جديد تبعاً لمعايير «غربية». ولا بد أن تصل شدّة التنبيهات المولّدة على هذا النحو آلاف أضعاف الشدّة المفيدة علاجياً، وذلك لقمع الآلام أثناء العمليات الجراحية بصورة فعّالة.

ولقد قام طبيب التخدير هورست هيرغيت في مركز الجراحة التابع لجامعة يوستوس – ليبيغ في غيسن[38]. بتطوير طريقة مركّبة من التخدير المألوف بالتنبيب والتسكين بالوخز بالإبر الكهربائي، وتم تجريبها للمرّة الأولى في تشرين الأوّل 1973 في عملية قلب مفتوح. وقد أمكن فيها التخلّي عن الجزء الأكبر من المسكّنات الكيميائية التي تستخدم عادةً في التخدير. وبذلك انخفض إجهاد المريض بصورة جوهرية. ومنذ ذلك الحين تم، بمساعدة هذه الطريقة، إجراء بضعة آلاف من العمليات الجراحية في ألمانيا لوحدها، والبعض منها من أصعب العمليات، ومنها ما أُجري في مشافي ذائعة الصيت مثل مركز القلب الألمانية في ميونيخ أو في مشفى إيبندورف في هامبورغ.

وهكذا أمكن إجراء الجراحة لدى العديد من المرضى بشكلٍ مأمون نسبيّاً، ومن بينهم أولئك الذين كان أيّ تخدير عام مألوف لديهم – وبسبب مرض مزدوج مثلاً – يعني مخاطرةً كبيرة.

ولم يعد بإمكان حتّى المشككين ضيّقي الأفق إنكار مثل هذا النجاحات للتسكين بالوخز بالإبر، والقابلة للاختبار في أيّ وقت، وهكذا غدا هذا النوع من الوخز بالإبر، في هذه الأثناء، الأقلّ جدلاً وخلافاً في الطب الغربي. ولا بد من التشديد مرّة ثانية على أن هذا النوع من الوخز بالإبر لا علاقة له بالطب الصيني التقليدي إطلاقاً، باستثناء بعض التشابه الظاهري، وبالتالي فإن نقاشاً حول ذلك لا يمكن أن يساهم في توضيحه.

استكمالاً للموضوع بقي أن نذكر وخز صيوان الأذن بالإبر لأغراض علاجية، ومنذ بعض الوقت لأغراض تسكينية أيضاً. ولتمييزه عن الأنواع الأخرى من الوخز بالإبر دُعي بـ «المعالجة الأذنية» (Auriculotherapie) (من الكلمة اللاتينية auris التي تعني الأذن). وكثيراً ما تُنسب هذه الطريقة إلى الصينيين أيضاً، إلاّ أنها في الواقع طريقة قام بتطويرها منذ نهاية الخمسينيات الطبيب الفرنسي بول نوجييه. وكان نوجييه أبلغ في عام 1958 عن اكتشافه إمكانية التأثير العلاجي على الجسم من خلال وخز نقاط محدّدة على الأذن، وذلك في «المجلّة الألمانية للوخز بالإبر» التي يصدرها الطبيب الميونيخي غيرهارد باخمان[39]. ولم يكترث أحد في أوروبا بنوجييه واكتشافه. غير أن الصينيين، وبسبب التشابه مع طرقهم الخاصّة، سرعان ما تلقّفوا طريقته هذه وقاموا بتجريبها عمليّاً. ومع الاهتمام العام بالوخز بالإبر وجدت هذه الطريقة سبيلها راجعةً إلى أوروبا تلفّها سحابة من الأساطير (وليس من قبل الصينيين، بل من قبل الأوروبيين الذين عقدوا رجاءهم على استغلال ما هو مبهم وغامض). وفي وسعنا اليوم، وبشيء من الثقة، تأكيد أن الطب الأذني (Auriculomedicine) لم يكن ليحقّق النجاح الذي حقّقه في الواقع لولا السبيل غير المباشر الذي اتّبعه عبر الصين، ولولا انفتاح الغرب، والذي غدا موضة، على كل ما هو «صيني».

وفي هذه الأثناء جرى في الصين وبقايا أنحاء العالم تطوير أشكال مختلطة من الوخز بالإبر الجسدي والطب الأذني، سواء من أجل المعالجة أو من أجل تسكين الألم. كما اهتمّ منتجو الأجهزة الطبية بالتقنيات المختلفة للوخز بالإبر وقاموا بإنتاج أجهزة يتم بها تعزيز وتقوية تأثيرات

الوخز بالإبر عن طريق التيار الكهربائي أو الحقول المغناطيسية النبضية. وثمّة أجهزة أخرى تسمّى المناظير النقطية، وتخدم في إيجاد نقاط التنبيه.

ويفترض بأحدث تطوّر أن يُغني عن الإبر أصلاً ويتولّى وظائفها بصورة عقيمة تماماً، ألا وهو الضوء الحزمي للوخز بالإبر الليزري.

عندما نقوم لاحقاً بترتيب الوخز بالإبر في الإطار العام لنظرية الطب الصينية، فإن ذلك يبقى مقتصراً على المعالجة بالإبر والتسخين النقطي دون غيرها. أما السؤال: إلى أيّ حدّ يمكن إدخال تقليد أو محاكاة لعناصر من الطب الصيني، دون معرفة ولو تقريبية بالنصوص الأصلية، في طب علميّ، فيبقى سؤالاً معلّقاً حتّى الآن. وإذا لم يكن بإمكان هذه الطريق المساهمة في تقييم الطب الصيني والحكم عليه، فمن الممكن، من الناحية الأخرى، تقييمها والحكم عليها انطلاقاً من مجمل نظرية الطب الكلاسيكية. وحول هذه النقطة كانت مناقشة منتجات الطب الغربي على الطراز الصيني مناقشة ضرورية، لأنها، وقبل كل شيء، سبّبت سوء فهم متكرّر وأثارت بلبلةً مؤسفة – في ظلّ الحماية التي وفّرتها الاستحالة التامّة تقريباً للدخول في النصوص الكلاسيكية-.

ماذا يقدِّم الطب الصيني

:Chunyu Yi

في القرن الثاني قبل الميلاد عاش في إقليم Qi الطبيب الفذ Chunyu Yi [40]. ولما كان اهتمامه ينصبّ على الطب من الناحية النظرية – العلمية قبل كل شيء، فإنه لم يكن يجامل المرضى كثيراً، مما ساهم في فقدانه محبّة الناس. وأخيراً اشتُبه بارتكابه جريمةً يستحق عليها الحكم بالإعدام. إلا أن Ti Rong، أصغر بناته الخمس، توسّلت القيصر Wen للرفق بوالدها والإبقاء على حياته كي يستطيع التكفير عن ذنبه. وبقصد تكوين صورة عن مهارات Chunyu الطبية، طلب القيصر معلومات عن عدد المرضى الذين قام بعلاجهم وعن مدى نجاحه. وكان من بين القصص المرضيّة التي رواها Chunyu للقيصر قصّة مريضٍ يحمل اسم الطبيب نفسه[41]:

«كان Chunyu Yi، الفيلدمارشال في إقليم Qi، مريضاً. قمت بفحص نبضه وقلت: «يتعلّق الأمر بريحٍ مُتغلغلة؛ وهذا النوع من المرض يتجلّى بما يلي: عندما يتم ازدراد الأطعمة والأشربة، تحدث جشاءات وإسهال. لقد أُصبتم بهذا المرض لأنكم ركضتم بسرعة بعد أن ملأتم بطنكم تماماً». وردّ الفيلدمارشال: «كنتُ ضيف الملك، وكان هناك كبد حصان، وقد أكلتُ منه حتّى التخمة، ولما رأيت أنه تم إحضار النبيذ، انصرفت على عجل، وامتطيت الحصان مسرعاً إلى المنزل. فأُصبت في الحال بإسهالٍ شديدٍ جدّاً».

أعطيتُ الفيلدمارشال بعض التعليمات ووصفت له حساء – الوهج المعاوض[42] مؤكّداً أن الشفاء سوف يحدث بعد سبعة أو ثمانية أيام. وكان من بين الحاضرين طبيب يدعى Qin Xin. وبمجرّد انصرافي قال للضباط من حوله: «ماذا قال Chunyu Yi عن مرض الفيلدمارشال؟»

فأجابوا: «لقد فسّر المرض على أنه ريح مُتغلغِلة، ورأى أنه قد يُشفى». عندئذٍ قال Qin Xin ضاحكاً: «إنه لا يفقه شيئاً عن مرض الفيلدمارشال؛ فبحسب القاعدة لا بد أن هذا الأخير سيموت بعد تسعة أيام!». ولكنه لم يمت بعد تسعة أيام؛ وقامت أسرته باستدعائي مرّةً أخرى. وذهبت إليه أيضاً. وأكّد ردّاً على أسئلتي أن الإنذار الذي وضعته كان صحيحاً تماماً، وأنه لم يتناول، لمدّة سبعة أو ثمانية أيام، سوى حساء – الوهج المعاوض، وأن المرض قد زال عنه الآن. لقد أمكنني كشف المرض من النبض. وعندما قمت بالفحص توافق النبض مع الصورة المرضيّة، وتطوّر المرض **بالاتّجاه القويم** ولذلك لم يمت المريض».

الاتّجاه القويم (Sekundovehent)، بالصينية shun، تعني حرفياً «السباحة مع التيار». والرمز الكتابي الصيني لـ shun عبارة عن ورقة تنجرف على مجرى مائي. وتعبِّر في اللغة الطبية التخصّصية عن أن واقعة معيّنة ملحوظة تُبدي الاتّجاه ذاته مثل مجرى الحدث الكلّيّ أو مثل سائر المجريات في فردٍ معيّن (قارن أيضاً مع النقيض وهو «بالاتّجاه المعاكس» (Contravehent) والكلمتين «اتّجاه» و«مَقاس»).

لوصف مرض الفيلدمارشال وشفائه وقعٌ غريب للغاية. ولا يمكن لأيّ طبيب غربي أن يستفيد منه. وليس بالإمكان فهمه إلاّ في السياق العام لنظرية الطب الصينية. فقول Chunyu Yi إن الفيلدمارشال قد أُصيب بـ «ريحٍ مُتغلغِلة» لا يقترن بالادعاء (المستحيل تجريبيّاً تماماً) أن عاصفةً هوجاء قد هبّت عبر جسم المحارب. إذ تتوارى خلف مثل هذه التسميات – التي تبدو للقرّاء الغربيين كـ «زهرة اللوتس» – منظومة مُقنعة من المعايير العرفية النوعية، وهذا يعني منظومة من الاتّفاقات (الضمنية في الغالب)، من أجل تحديد مرضٍ مُشخَّص إزاء أمراض مشابهة.

وهذه هي الحال مثلاً عندما يتحدّث الأطبّاء الصينيون عن «ريحٍ مُتغلغِلة». فمثل هذا التشخيص يسبقه فحص نبض المريض أو لسانه وبعض العلامات الأخرى، وليس فقط تفحُّص حالة الطقس. والشرط الذي لا غنى عنه لفهم هذه المعايير العرفية هو معرفة اتّفاقات جماعة من العلماء، هذه الاتّفاقات المتوارية ضمناً خلفها. ومن غير هذه المعرفة تفقد مقولات نظرية الطب الصينية كل معنى. وتعدّ تفسيرات المعايير العرفية النوعية (وغير المتخصصة في بعض منها) من أشكال سوءِ فهم الطب الصيني الأكثر خطورة وشيوعاً في الوقت نفسه – سواء لدى خصومه أم

لدى مؤيديه. لذلك نجد أنه من الضروري الدخول لاحقاً، وبكل تفصيل، في منظومة المعايير العرفية النوعية؛ أما هنا فنقف مؤقتاً عند هذا الحدّ من التنويهات المقتضبة.

ليس مجرّد طب شعبي:

تصلح قصّة المعالجة الناجحة للفيلدمارشال المريض لتصحيح خطأ آخر واسع الانتشار. فالطب الصيني في جوهره، مثله مثل الطب الغربي، ليس طبّاً شعبيّاً أو طبّ عامّة، وإنما هو طبّ علميّ. وقد وُجِدَ فيه، كما يبيّن المثال، اختلافات جسيمة في المستوى بين الأطبّاء أنفسهم، كما أن Chunyu Yi نفسه، وبعد دراساتٍ هاوية دامت لسنواتٍ طويلة، لم يجد المدخل الصحيح إلى الطب إلاّ عندما التقى بمعلمه العجوز الذي أشار عليه بإتلاف كافة وصفاته الطبية المجموعة حتّى الآن، ولقّنه وصفاته السرّيّة الخاصّة. ويُفترض أنه حصل منه قبل كل شيء على اثنين من أهم النصوص الطبية، «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»، والذي نشأ في هذا الوقت بالذات، و«Nanjing»، «المؤلَّف الكلاسيكي للاعتراضات» مع عرضٍ دقيق لمبحث النبض.

لا بد للمرءِ أن يستحضر في ذهنه دوماً أن تناقل المعرفة الطبية في الصين، قبل إدخال الطباعة، غالباً ما كان يتم شفويّاً فقط أو في تدوينات بخطّ اليد من الأب إلى الابن أو من المعلم إلى قلّة من التلاميذ. وهذا ما أدّى إلى انتشارٍ غير منتظم للطب العلميّ. وتبيّن قصّة مرضيّة أخرى لـ Chunyu Yi مدى عدم مشروعية الحطّ من شأن الطب الصيني التقليدي بوصفه طبّاً شعبيّاً:

«كان أحد الملوك قد اشترى من السوق خادمة تدعى Shu. وكان الملك يرى فيها فتاةً طيّبة وعاقلة تتمتّع بقدرات متنوّعة. ورغم أن Shu كانت تعتبر نفسها سليمةً فقد شخّص الطبيب: «تعاني الخادمة من مرض الدائرة الوظيفية – الطحال؛ فلا يجوز لها إجهاد نفسها؛ وبحسب القاعدة فسوف تبصق في الربيع دماً وتموت». عندما علم الملك بهذا التشخيص استدعى الخادمة لينظر إليها بنفسه. فقد كانت الفرصة الآن سانحةً أمامه لبيع Shu ثانيةً. إلاّ أنه لم يستطع كشف أيّ تغيّر في لون وجهها، ولذلك لم يصدِّق كلام Chunyu Yi؛ واحتفظ بالفتاة. وأقبل الربيع. وعندما ذهب الملك إلى حجرة اللباس، وحملت له سيفه، ولكنها تخلفت عن اللحاق به، أرسل الملك لإحضارها. فوجدت مستلقيةً على الأرض. فقد تقيّأت دماً وماتت. وكانت قد أُصيبت بالمرض عندما أخذت تتصبّب

عرقاً. وفي الأمراض التي تنشأ بعد التعرّق تكون القاعدة استيطان المرض في الداخل، ويصبح شديداً، في حين يبقى الشعر ولون الوجه متألقين لامعين»[43].

ففي هذه الحالة، من أين للملك، رغم تمتّع الملك في الصين دائماً بثقافة عالية، أن يتعرّف على المرض.

لقد أمكن للانطباع بأن الطب الصيني طب شعبي أن يتولّد لأسباب متنوّعة. ففي الطب الصيني لم يكن هناك مصطلحات فنية أبداً – كاللاتينية في الغرب – تسعى للترفّع جذرياً عن اللغة العامية. كما أن ذوي العلم في الصين، وفي كل العصور، لم يتميّزوا عمّن هم أقلّ علماً بمعرفة مختلفة، وإنما بمعارف أكثر شمولية وأكثر عمقاً حصلوا عليها من خلال تدريبٍ أطول وأكثف. وكل تعليمٍ صيني، أكان لأمير أم لبقّالٍ ريفيّ، انبثق عن المصادر ذاتها دوماً. لذلك كانت المسافة اللغوية بين الأطبّاء والمرضى في الصين أقلّ منها في الغرب دوماً. سوى أن الأطبّاء الصينيين ذوي التأهيل الرفيع قرنوا بالمفاهيم كلّ على حدة معرفة أكثر شمولاً بكثيرٍ من باقي السكّان. ولا يختلف الحال في الغرب عن هذا بالنسبة للمفاهيم التي تحمل المعنى ذاته علميّاً وعامّيّاً على السواء.

وبعد، فإن الطب العلمي لا يُستنفد بأيّ حال في الوسائط اللغوية المعنية، وإنما يقتضي، إضافةً إلى ذلك، وسائط أخرى، كفاءاتٍ غير لغوية أجادها وتمكّن منها في الصين الأطبّاء ذوو التأهيل الجيّد، بما يفوق باقي الشعب بكثير (وهنا أيضاً ليس هناك أيّ اختلاف عن الغرب). على أنها حقيقة واضحة أنه في ميدان أساسي لهذه الدرجة، مثل الصحّة، تتزايد المعرفة الطبية لدى السكّان عندما لا تكون الخدمة الطبية مُرضية. ولكن من ناحية أخرى، لا يجعل انتشار المعارف الطبية بين غير الأطبّاء من طب علميّ، بأيّ حال، طبّاً شعبيّاً.

الوضع الاجتماعي للمعالج:

أحد الأسباب الرئيسة للتثمين الخاطئ للطب الصيني كان قلّة «الاحتراف» في مهنة الطبيب. فالتأهيل وترخيص المزاولة لم يخضعا لأيّ قيد أو رقابة حكومية. وكل من شعر بنفسه كفؤاً لذلك ومنّى نفسه بمورد رزق، كان يجوز له معالجة المرضى. ويعلّق آ. تارتارينوف، مستشار

المفوضيّة الروسية في الصين آنذاك، على هذا بصورة أقرب إلى التواضع: «نتيجةً لذلك كانت شريحة الأطبّاء في الصين دوماً شريحةً واسعةً، ولم يكن من النادر أن تضمّ أشخاص جهلة ليس في الطب فقط، وإنما لم يحوزوا حتّى على التدريب الأساسي وكانوا يعتبرون عملهم مجرّد وسيلة لزيادة الدخل»[44].

لم تكن السمعة الاجتماعية المتدنية التي تمتّع بها الأطبّاء في الصين لزمنٍ طويل قائمةً في نهاية الأمر على هذه البدائية. وقد كان المرء يعاملهم على الدوام بقسطٍ كبير من عدم الثقة وسوء الظن، وجرت العادة، عندما يُصاب أحد أفراد العائل بالمرض، أن يتم استدعاء عدّة أطبّاء للاستشارة. وبعد إتمام الاستشارات تُعقد مقارنة، في إطار العائلة، بين الوصفات الموصى بها، وذلك قبل استقرار الرأي على المعالجة التي يبدو أنها الأنسب. وهذا ما كان يشترط، كذلك الأمر، كفاءات طبية معيّنة في أوساط السكّان. غير أن الصينيين، ورغم مستوى الخدمة الطبية الذي يُرثى له في بعض الأحيان، لم يروا أبداً أنه يمكن الاستغناء عن أطبّائهم – وهذا بالذات ما ينقض أطروحة كون الطب الصيني طبّاً شعبيّاً، الأمر الذي لم يكن مستبعداً فيما لو كان الطب الصيني، بالفعل، طب عامّة.

الحكم على المراجع:

أخيراً فقد أدّى عدم كون الأدب الطبي العلمي التقليدي في متناول اليد إلى سوء فهم أيضاً. وقد اعتقد المراقبون الغربيون بإمكانية الاستدلال من حركة مزاولة الطب والمؤسسة الطبية، كما يتّفق أن تظهر لهم، على العلم الذي يكمن خلفها في حقيقة الأمر. إلاّ أن عملية إعادة بناء كهذه غير ممكنة حتّى لو بذلوا كل ما في وسعهم من انفتاح ونيّة طيّبة. ففي أمريكا وأوروبا، حيث يخضع التأهيل ورخصة مزاولة مهنة الطبيب لقواعد صارمة، بلغت ممارسة الطب مستوى رفيعاً. لا بد من اعتبار أنه ليس من الرصانة أبداً عندما يرغب أحدهم بالبحث والتقصّي في الطب العلمي الغربي دون الالتفات إلى الأعمال والمؤلّفات المدرسية، وإنما فقط عن طريق مراقبة الأطبّاء أثناء عملهم أو تحليل الحركة في أحد المشافي. على أن المرء يعتبر مثل هذا الأسلوب جديراً بالطب الصيني، وكثيراً ما يقوم بالحطّ من شأنه، إضافة إلى ذلك، بأن يدّعي واهماً أن الأمثلة غير المعقولة نموذجية وتمثيلية. وبهذا تتكوّن صور مشوّهة تماماً، يكاد يكون من المتعذّر استئصالها، وهي في الوقت

نفسه أقلّ ارتباطاً بالطب العلمي الفعلي للصينيين من ارتباط التقارير المثيرة حول الطب مثلاً، في صحف الشارع التي تعتمد الإثارة، بعلم الطب في الغرب.

معايير تقييم كفاءة الطب الصيني:

إذا أردنا متابعة السؤال: ماذا يقدّم الطب الصيني؟ فلا بد لنا من التمييز بين الكفاءة العلمية والكفاءة العلاجية. من الناحية العلاجية سوف لن يؤيّد المرء إدخال طب مخالف للطب الغربي إلا عندما يتمتّع بنجاحات أفضل أو مختلفة في مجالات محدَّدة. وهذا يشترط اختبار المرء لقيمته، بالدرجة الأولى، حيث يُخفق العلم الخاص نفسه أو لا يُسفر سوى عن نتائج غير مُرضية. ولكن حتّى هنا يثبت الطب الغربي أنه غير منصف إزاء الطب الصيني. فهو يؤثِر عقد مقارنات في تلك الأمراض التي يعرف مسبقاً أنه متفوّق فيها، وعلى سبيل المثال في اللائحة الطويلة للأمراض الإنتانية. فنحن لسنا بحاجة إلى أيّ طب جديد ضدّ الطاعون والكوليرا وحمّى النفاس: وذلك ليس فقط لأن طبّنا كاف حتّى الآن، وإنما لأن هذه الأوبئة لم تعد تُصادف عملياً.

وليس التقييم العلمي الشائع للطب الصيني أقلّ مفارقةً إذ يرى الكثير من الأطبّاء الغربيين أنه لا يمكن الإقرار بعلميّته (أو بعلميّة بعض عناصره المحدَّدة مثل الوخز بالإبر أو تقنيّات التنفّس المختلفة) إلاّ بعد التوصّل إلى تفسيرات لمثل هذه الطرق التي تبدو غريبة، وذلك تبعاً لمعايير الطب الغربي. ويطابق مثل هذا الموقف، في أحسن الأحوال، فهمَ فيزيائيي العهود السابقة الذي تم تجاوزه منذ وقتٍ طويل، والذين كانوا يعتبرون أن ما يمكن إرجاعه إلى ميكانيك نيوتن فقط هو العلمي. على أنه في أشكاله المتطرفة لا يختلف عن تعصّب الكنيسة القروسطية التي أرادت أن تفرض، بكل ما تملك من سلطة، الرأي القائل إن الكرة الأرضية مركز الحدث الكوني.

كنا قد نوّهنا آنفاً إلى أن كلاً من العلم الصيني والعلم الغربي الحديث يتضمّن منظوراً للحقيقة متعاكس مع الآخر. ومن طبيعة القطبين المتكاملين أنه ليس بإمكان المرء إرجاعهما إلى بعضهما بعضاً، وإنما في وسعه فقط ربطهما مع بعضهما بعضاً. إذن فالجهود التي لا تزال تُبذل اليوم في أنحاء العالم لتفسير الطب الصيني بمفاهيم الطب الغربي، وهذا يعني إرجاع المنظور القطبي للعلم الصيني إلى المنظور القطبي المعاكس للعلم الغربي، لا يمكن أن تعني، وانطلاقاً من منطق الأمور الداخلي، نموّاً جديداً في المعرفة، بل مجرّد تفكيك وإبادة تدريجيين لما يدعي المرء

التعرّف عليه وتمثله. والشهادة البليغة على ذلك هي مثال الثروة الصينية من الأدوية، والتي يجري البحث والتمحيص فيها منذ القرن التاسع عشر – وحاليّاً بشكل مكثّف بصفة خاصّة – تبعاً لمعايير علم الصيدلة وعلم الأدوية الغربيين: فالأدوية المستخدمة منذ آلاف السنين إلى اليوم، والتي تُسفر عن نجاحات مؤثرة بالارتباط مع تشخيص صيني، تُحدث، بسلخها عن هذا السياق ووضعها في سياق الحجج الغربية المعاكس، تأثيراتٍ مغايرة، في بعض الأحيان تأثيراتٍ جديدة، ولكنها في كل الأحوال أقلّ وقعاً بكثير، وذلك لأنها، في هذا السياق، لا تكاد تكون مجرَّبة أو مختبرة.

لنتذكر هنا مرّة أخرى مطلب علماء اللغة الذي يقضي بوجوب تعلّم العلماء لغاتٍ جديدة غريبة عنهم كي يتمكّنوا من تجاوز ضيق الأفق المشروط بالأنظمة اللغوية المألوفة. وإننا لا نتعلّم لغات جديدة وحسب، وإنما نكتسب بذلك نظرات ورؤيات أجنبية أيضاً، فإننا نوسِّع بذلك طيف إمكاناتنا المعرفية: نرى فجأةً أشياء لم نرها من قبل. وتنفتح أمامنا في الوقت نفسه إمكانات تأثير جديدة تظلّ مغلقة علينا طالما نحن نتشبّث، بضيق أفق، بنظرتنا ورؤيتنا القديمة.

علم دقيق ومحكم:

منذ فترة طويلة يجري في الطب البحث عن مثل هذه النظرات «المختلفة بشكل ما»[45] عن المفهوم الغربي، وتتزايد المطالبة بها. بيد أنه لا يجوز للمرء، عندئذٍ أيضاً، جعل الطب الغربي مقياساً للعلمية. إن الطب الصيني يلبّي (ولا ريب بطريقةٍ مغايرة للطب الغربي) كافة متطلّبات العلم الدقيق المحكم. فهو يمتلك قاموساً واضحاً وصريحاً من المفردات يتشابك، تبعاً لقواعد معيّنة، إلى منظومةٍ خاليةٍ من التناقض في ذاتها. وهو يعرف أساليب ملاحظة وتشخيص تجريبية نوعية يشيِّد عليها عقلانيّاً معالجته القابلة للاختبار والتكرار من قبل الآخرين في كل وقت. غير أنه ينطبق على الطب الصيني، كما كل العلوم، أنه هو نفسه مقياس التقييم الوحيد للتسويغ العلمي للطرق والأساليب الواردة فيه. لن يخطر في بال أيّ عالم ذرّة اليوم تسخير فرعه العلمي الخاص للحكم على فيزياء المنظومات متعدّدة الأجسام. فهو إما أن يُحجمُ عن أيّ حكم أو أنه يحرص أولاً على التدرّب على المادّة الغربية عنه قبل أن يتبنّى رأياً في ذلك. أما حيال الطب الصيني فيختلف الأمر كلّيّاً. ففي ظلّ عدم مراعاة المبدأ المعترف به إلى حدّ بعيد، وهو عدم الإدلاء بالحكم قبل معرفة مستفيضة، يتم الحكم عليه باستمرار على ضوء العلم الغربي، وذلك ليس فقط من قبل خصومه، وإنما من قبل

مؤيّديه أيضاً. ولكن سائر الأحكام التي تصدر على هذا النحو، السلبية منها والإيجابية، لا يمكن أن تكون أحكاماً صالحة أبداً.

وبالطبع فإننا لا ندعي بذلك أن الطب الصيني يتملّص من كل حكم عليه من خلال العلم الغربي. فثمّة مقياس موثوق للحكم يمكن تطبيقه على طب الشرق الأقصى من خارجه أيضاً: نجاحه العلاجي. ومن الملاحظ هنا أن حكم المرضى كثيراً ما يكون أنسب من حكم الأطبّاء الغربيين. وهذا أيضاً له أسباب مختلفة.

كما نوّهنا لا يكاد يكون بإمكان الطب الصيني الإتيان بإنجازات إيجابية في المجالات التي يظهر فيها الطب الغربي أفضل نجاحاته. وعلى العكس فهو يبلغ أقصى فعاليته هناك حيث تسود الحيرة بين الأطبّاء الغربيين إلى حدّ بعيد، ولا سيما في الاضطرابات الوظيفية والأمراض المزمنة، طالما لم تؤدّ هذه الأخيرة إلى أضرارٍ جسدية واسعة. ولأن الطب الغربي مقصِّر للغاية أو غير قادر إطلاقاً على تشخيص مثل هذه الاضطرابات الوظيفية، فمن غير الممكن له أيضاً تسميتها بشكلٍ دقيق – والحكم عليها. وهو يخفي معرفته الناقصة ببطاقات اسمية غير نوعية مثل «خلل التوتر الخضري» (Vegetative Dystonie)، «الوهن العصبي» (Neurasthenie) أو «مرض نفسي». ولكن حيث تُفتقد إمكانات المعرفة لا يمكن مراقبة وضبط النجاح العلاجي أيضاً إلاّ بصعوبة. والأمر هنا أكثر سهولةً بالنسبة للمريض: فهو يشعر بنفسه متوعّكاً، ويحسّ أن «شيئاً ما» ليس على ما يرام، ويكون مُعرقلاً في كفاءته وقدرته على الإنجاز. وكثيراً ما يعايش محاولات الطب الغربي إزالة مرضه دون أن يتلمّس أيّ نجاح. وفجأةً، وبعد بضع معالجات «صينية»، يختبر تحسّناً في حالته: تزول الشكايات المَعِديّة التي لم يدر لها سبباً، اضطرابات النوم المستمرة منذ سنوات أو الاندفاعات الجلدية المزعجة. وتغدو فجأةً «صيدليته المنزلية»، أدويته التي لم يكن باستطاعته الاستغناء عنها، لا لزوم لها.

وعلى العكس من ذلك يتساءل الأطبّاء الغربيون، لدى الحكم على الكفاءة، أولاً: هل يحقّق الطب الصيني نجاحات مثل طبّنا؟ ولا شك في أن الطب الغربي لديه عندئذٍ معايير تقييم موثوقة من أجل الطب الصيني. ولكنه يحدِّد في الوقت نفسه الفروع العلمية التي هو على استعداد للدخول بها في مسابقة الكفاءة. ومن الطبيعي أن يحقّق الفوز في ذلك بصورة جيّدة. ويمكن مقارنة ذلك مع

حالة السّبّاح الذي يُجبَر على الدخول في مسابقة رمي القرص أو التزلج على الجليد. وحيث أنه يخسر فيها، يُشيع المرءِ أن السّبّاح رياضيّ سيّئ.

لا يمتلك الطب الصيني قدراته وإمكاناته في تلك الفروع بالتحديد، والتي حقّق فيها الطب الغربي إنجازاته الرفيعة، وإنما في تلك المجالات التي لم يتعرّف عليها العلم الغربي بعد بشكلٍ صحيح، حتّى الآن، بصفتها مشاكل. فالطب الصيني إذن يغطّي مجالات من الواقع المرضي مختلفة كلّيّاً. لذلك لا يمكن أن يكون الطبّان الغربي والصيني متنافسين مبدئيّاً، تنافساً لا بد لأحدهما من الانتصار فيه وللآخر من الزوال. وبالفعل فإن في وسع كلا النوعين من الطب التعايش مع بعضهما بعضاً بصورةٍ ممتازة. وهما معاً يقدّمان للمرضى مستوى صحّيّاً أعلى مما يمكن لأيّ منهما أن يقدّمه بمفرده.

وقد تحقّق هذا التعايش المنظَّم في جمهورية الصين الشعبية منذ عام 1950. إذ كان ماو آنذاك قد أطلق نداءه في «المؤتمر الوطني الأوّل لصحّة السكّان»: «وحِّدوا كافة قطّاعات (sections) العاملين في الطب والعاملين في مجال الخدمة الصحّيّة العامّة، كباراً وصغاراً، عاملين تبعاً للمنهج الصيني أو الغربي، في جبهة متراصّة، واسْعوا للنهوض بالعمل الجليل للصحّة العامّة من أجل الشعب»[46].

وبقي أن نقول للمشككين بالطب الصيني، والذين يستندون في حكمهم غالباً على مجرّد معرفتهم في الطب الغربي، كلمةً واحدةً لماو: «عندما ترغب في معرفة نكهة إجاصة، يجب عليك تناولها بنفسك»[47].

شروط كفاءته:

حاولنا حتّى الآن، وقبل كل شيء، تقويض الأحكام المتحيّزة حيال الطب الصيني. وبيّنا أنه يلبي كافة المتطلّبات المهمّة التي نضعها اليوم أمام الطب العلمي: فهو يعرف تشخيصات يضعها تبعاً لقواعد دقيقة ومحكمة مع موجودات صريحة ونوعية دوماً. ويبني الأطبّاء على ذلك معالجتهم بصورة عقلانية، ويعطون في بعض الأحيان إنذار سير المرض بدقّة بالغة؛ وبالتالي فإن المعالجات تغدو قابلة للاختبار من قبل أيّ إنسان. كما نوّهنا أيضاً إلى تميُّز الطب الصيني بقدرٍ رفيع من

التكوّن النظري. وبمساعدة عدد لا يُحصى من المعايير العرفية والقواعد النوعية يتشابك عقلانيّاً قاموسه التجريبي والنظري إلى منظومةٍ علمية متماسكة وخالية من التناقض في ذاتها. وأخيراً أيقظنا الأمل بقدرة الطب الصيني على تقديم خدمات وإنجازات علاجية في المجالات المغلقة إلى حدّ كبير أمام الطب الغربي، وذلك جراء الحواجز المعرفية القائمة. وتبيِّن الإحصاءات المرضيّة في البلدان الصناعية الغربية أن هنالك حاجة واسعة للعون الطبي فيما وراء هذه الحدود. لذلك لم يعد تجاهل الطب الغربي للطب الصيني مشروعاً. ويبقى الآن أن نعرض منهجيّاً لماذا وعلى أيّ نحو يقدِّم الطب الصيني، على عكس الطب الغربي، هذه الإنجازات؟

طب بدني - تحليلي سببي:

يُعتبر الطب الغربي فرعاً علميّاً بدنيّاً من جهة، أي مسحوباً على الجسد، وتحليليّاً – سببيّاً من جهة أخرى، يسأل عن الأسباب – ويرى أن ذلك هو السؤال العلمي الوحيد.

طب بدني يعني: فرعه الأساسي هو التشريح (Anatomie)، ويتألّف، كما أثبتنا سابقاً، استناداً إلى تورهِ فون أو كسكول، من اختصاصات أعضاء. والمواضيع التي يهتم بها ويقسِّم الإنسان إليها هي الهيكل العظمي، العضلات والأوتار، الأحشاء، الجلد والأعصاب، الأوعية، الدم، الهرمونات وغيرها الكثير، أي دائماً ما هو موضوعيّ، مادّيّ. ولا يتم التعرّف على الأمراض إلاّ بعد أن تكون قد أدّت إلى تبدّلات قابلة للبرهان مادّياً في الأعضاء، في الدم أو أينما كانت. كذلك الأمر فإن الأمراض، تبعاً لهذا المفهوم الأساسي، تسبّبها وقائع مادّية: جراثيم أو فيروسات أو طفيليات لا بد أن تصل بشكلٍ ما إلى داخل الجسم، جرعات مفرطة من السموم العضوية أو الكيميائية، أخطاء تغذوية (مثل الإفراط في تناول الدهون والإقلال من الفيتامينات) أو مؤثرات ميكانيكية فجائية تؤدي إلى الرضوض والجروح...

طب تحليلي – سببي يعني: يتم إرجاع كل مرض إلى سبب محدَّد، مثلاً إنتان جرثومي، إفراط في تناول الكحول، حادث سير أو تسرّب غازات سامّة. ويستهدف التشخيص إثبات التبدّلات المرضيّة وأسبابها وبالتالي التغلّب على مثل هذه الأسباب أو تعديلها. وإن أمكن ذلك قبل أن يتضرّر جسم المريض بشكل دائم وغير عكوس، عندئذٍ يتحدّث المرء عن الشفاء.

إن قوانين الطبيعة في الطب الغربي قوانين سببية، أي مقولات معمَّمة حول علاقات العلّة والمعلول أو السبب والمسبّب: على سبيل المثال: «التناول المفرط للكحول يؤدّي (عند كلّ البشر) إلى تشمّع كبد». ويُعتبر المرض مفسَّراً عندما نفلح في ترتيبه في مثل هذا السياق القانوني، مثلاً: «المريض س. لديه كبد متشمّع. وحسب أقواله كان يشرب، طوال سنين، أربعة ليترات من النبيذ على الأقلّ يوميّاً».

إن مثل هذا النمط من الحجج، وبغض النظر عن صحّته المحتملة، موصوم بعيبين جوهريين: أولاً، يتجرّد من مجمل المؤثرات الأخرى التي تمارس تأثيرها على الإنسان وتحدِّد الحدث المرضي لديه أيضاً. ثانياً، يشترط صحّة افتراض ضمني، ولكن مشكوك فيه للغاية: فهو يفترض تماثل الأحشاء والأعضاء وأجزاء الجسم الأخرى من وجهة النظر الطبية (أو كما نقول تجانس المادة الأساسية أو الركيزة). وهذا يعني أن جميع أكباد البشر متماثلة بالنسبة للطبيب، جميع الكلى، جميع المعدات، جميع القلوب، جميع الأعصاب. وتبعاً لهذا الافتراض فهي ترتكس على الأسباب المحدَّدة بصورة متماثلة. إن ما يناسب الطبيب هنا هو أن الأخطاء المحتملة لمثل هذه الافتراضات غالباً ما ليس لها أيّ أثر عليه. إذ إن الحالات التي لا تسبّب فيها جراثيم معيّنة مرضاً أو لا ينهك الكحول الكبد بالشدّة المفترضة فعلاً، غير مهمّة طبّيّاً ومهملة إلى حدّ بعيد. ولكن حيث لا يمكن الحفاظ على مثل هذه المقولات المعمَّمة، يتم التفريق والتمييز. فينظر المرء إلى الأطفال بشكلٍ مختلف عن نظرته إلى البالغين، وإلى البدينين بشكل مختلف عنه إلى النحفاء، ويعرف المرء الزمر الدموية المختلفة وغيره الكثير. ولكن رغم ذلك يستمرّ الشكل المقيّد للافتراض بتجانس الحوامل الجسدية أو الركيزة الجسدية.

هناك، حيث يطابق هذا الافتراض الحقائق إلى حدّ بعيد أو حيث تبقى الأخطاء المحتملة دون أهمية من الناحية العلاجية، قدّم الطب الغربي خدماته وحقّق إنجازاته التي لا جدال فيها. ولكن حيث تغوص أسباب المرض في عدم الوضوح، وحيث لا يمكن الحفاظ على فرضية تماثل الركيزة، يُخفِق الطب، حتّى عندما يتوافر موجود صريح، على سبيل المثال في القرحات الهضمية، الداء السكّري والتصلّب اللويحي العديد. وهنا تقع حدود المنهج البدني – التحليلي السببي، حيث لا بد لطب هذا المنهج أن يقتصر – في أحسن الأحوال على مكافحة الأعراض، كثرت فعالية هذه المكافحة أم قلت.

بالفعل، فإن فرضية تجانس الركيزة في الطب تقف على قدمين مهزوزتين؛ إذ إن تماثل الأعضاء والأنسجة البشرية الأخرى ليس كبيراً جدّاً، بخلاف الحال في مواضيع البحث في الفيزياء أو الكيمياء. فالتجانس يكون أكثر وضوحاً في مجال الجسيمات الأولية، ويتناقص بشكل متواصل من الذرّات، الجزيئات، الخلايا، العضويات المتدنية أو العليا، مروراً بالأفراد البشريين، التجمّعات الاجتماعية، الحكومية والثقافية، وصولاً إلى أنظمة الكواكب والمجرّات. ومن الملاحظ أن الطب الغربي كان أكثر نجاحاً في تلك الميادين التي لم يكن الطب فيها في مواجهة مع الإنسان نفسه بقدر ما كان في مواجهة مع الجراثيم والفيروسات، أي مع ركيزة أكثر تجانساً بكثير. ومن هذه الناحية فقد كان من حسن الحظّ أن هذه الكائنات الحيّة المتدنية يمكنها، في شروطٍ معيّنة، أن تسبّب أمراضاً عند الإنسان والحيوان، وأن قتلها يثبت أنه علاج لهذه الأمراض. ولكننا نعلم أن العدوى تغيب عند الأشخاص ذوي الوظائف الحيوية السليمة التي تعمل على ما يرام. وحول هذه الوظائف لا يعرف الطب الغربي سوى القليل جدّاً.

طب وظيفي - تركيبي استقرائي:

الطب الصيني مختلف كلّيّاً؛ فهو على عكس الطب الغربي علمٌ وظيفي وتركيبي – استقرائي. وهو يفهم الإنسان على أنه منظومة من الدوائر الوظيفية التي يمكن استبيانها ووصفها دون رجوع قسري إلى حواملها البدنية. وبالفعل يتطلّع الأطبّاء الصينيون (شريطة ألاّ يكونوا مدرّبين على النظرة الغربية) في المرتبة الأولى إلى وظائف، حركات، إلى الدينامي والنفسي.

جولة منهجية

لنحاول توضيح الآراء في الحقيقة، مثلما تبدو لنا في النظرة التركيبية – الاستقرائية تارةً وفي النظرة التحليلية – السببية تارةً أخرى، في صورٍ أخرى أوسع.

في وقتنا الحاضر – ويصحّ القول أيضاً: بوصفه وقتاً حاضراً – نختبرُ عدداً كبيراً من المؤثرات التي تمارس تأثيرها علينا في آنٍ معاً. وما يمكِّن العقل العارف من التمييز بين عدد كبير من مثل هذه التأثيرات المتزامنة هو التباين، تنوّع الكيفيات، وهذا يعني اتّجاهاتها. (ويجب فهم كلمة «اتّجاه» هنا بمعناها المعرّف بدقّة في الفيزياء). فالسمة الأساسية لأيّ حركة هي اتّجاهها. كل تأثير حالي، وهذا يعني كل حركة، كل وظيفة، كل حدث فعلي راهن، كل ظاهرة حيوية يمكن الاعتراف لها باتّجاه ما. والاتّجاهات النوعية للحركات أو تغيّرات هذه الاتّجاهات هي المقولات الوضعية الوحيدة التي يمكن وضعها بشكلٍ متمايز حول التأثيرات الحالية.

وإذا كان الأمر في الفيزياء، كما في سائر العلوم الطبيعية عامّة، يتعلّق باتّجاهات هي – على الأقلّ للوهلة الأولى – من النوع البسيط ويمكن توصيفها مكانيّاً، فإن اتّجاهات الوظائف الحيوية، والتي هي ليست أقلّ وضعية، لا يمكن الإفصاح عنها إطلاقاً بصورةٍ صريحة وواضحة إلا باستخدام معايير عرفية مسحوبة على الاتّجاه، أي كيفيّة.

لنأخذ وضعاً محدَّداً وملموساً لفرد معين. يتأثر هذا الوضع في الحاضر، وفي كل لحظة من لحظات وجوده، وبشكلٍ متواصل، بمجموعة من العوامل ويتحدَّد بها: شروط مناخية، مؤثرات اجتماعية، التأثيرات المتبادلة مع مواضيع الحياة اليومية المختلفة، التأثير الحالي للأوضاع البنيوية، للأوضاع النفسية، للمزاجات ...إلخ. وكل عامل من هذه العوامل يؤثِّر فيما يُسمّى بالصينية

zheng، Orthopathie، وهو ما يعني حرفيّاً: استواء، سير مستقيم أو استقامة الوظيفة الكلّيّة، استقامة مجمل التمظهرات الحياتية للفرد. وبتعبيرٍ آخر، الاستقامة هي قدرة فردٍ ما على الحفاظ المتوازن، المتناغم، «السليم» على وجوده، على حياته. وإذا كانت هذه الاستقامة بارزة بشدّة (وبكلمة أخرى: إذا كان للفرديّة، للصحّة أساس قويّ) وكانت المؤثرات الخارجية المتنوّعة ذات شدّة معتدلة في الوقت نفسه، فإن الإنسان يبقى سليماً معافى. أما في الحالة المعاكسة، فعن طريق المؤثرات الخارجية أو الداخلية المشوِّشة، يتم حرف، تفريع أجزاء مفردة من وحدة الوظائف المستقيمة (zheng)، لتسير عندئذٍ «بشكل منحرف» (Xie).

هذا «المسار المنحرف» أو «الانحراف» (Heteropathie) يُعتبر، إلى جانب «الاستقامة»، الموضوع المباشر الثاني للنظرة الطبية الصينية. فعندما يعتقد المرء بوجود انحرافات، «مسارات منحرفة» أو وظائف خاطئة، عليه أولاً تحديدها تشخيصيّاً بدقّة ووضوح، ثم علاجيّاً استعادة الوظيفة الطبيعية، وبالتالي استرداد الصحّة، وذلك إما عن طريق تقوية وتعزيز الاستقامة، أي قدرة الفرد على الحفاظ على سلامته ووظيفته الإجمالية المتناغمة، أو، عندما لا يكون ذلك كافياً، عن طريق معاوضة الانحرافات، أو، كحلّ أخير، عن طريق قمع وإبادة هذه الانحرافات.

لما كان العلم التركيبي – الاستقرائي، وضمناً الطب، يهتم بتحديد اتّجاهات الحركات، أي الوظائف، والتأثير عليها، فلا بد له أن يضع نصب عينيه، فيما يتعلّق بأيّة تأثيرات حالية، وضعيتين على الأقلّ، ولكن عادةً عدداً أكبر بكثير من الوضعيات، والعلاقات بين هذه الوضعيات. ومعظم هذه العلاقات مُعطى للفرد مسبقاً في كل لحظة من لحظات فعله. وهذا لا ينطبق فقط على قوى ومقاصد الكون وباقي الطبيعة، وعلى مفهوم شروط التأثير المتنوّعة بصورة لامتناهية والمجموعة بوصفها «بنيةً» أو «إرثاً»، وإنما من البديهي أنه ينطبق أيضاً على معظم القوى والعوامل المؤثرة على الفرد والمنطلقة من البيئة الجغرافية والاجتماعية وحتى العائلية.

لذلك فقد فهمت الأخلاق التاوية «تهذيب الشخصية» على أنه قبل كل شيء إشراك الإنسان في السياق الكوني الواسع، واعتبرت الأخلاق الكونفوشيوسية – المكمّلة لها – المفهوم ذاته أنه أقلمةٌ للإنسان في السياق الاجتماعي. إن مثل ها الانضمام إلى حركة الكون أو المجتمع هو فقط ما يسمح بتكشّف الحياة والتطوّر الفردي الخاص على النحو الأمثل، وهو فقط ما يسمح بالحفاظ عليهما وصونهما أصلاً. فالفرد لا يُظهر شخصيّته ويهذّبها بشكل يناهض قوى ومقاصد الطبيعة

والمحيط الاجتماعي، وإنما عن طريق الانضمام والتأقلم الكامل قدر الإمكان في هذه القوى والمقاصد.

وتمتلك العلوم المختلفة – ومن بينها، وليس آخرها، الطب الصيني التقليدي أيضاً – في هذه الجهود معناها الأكبر. وللتمكّن من التكيّف مع هذه الشروط الخارجية ينبغي أولاً تحديدها بشكلٍ مصيب وأكيد. وبذلك فقط يمكن للإنسان، يمكن للفرد أن يحدّد مصيره ويواصل بناءه، في حدود تاريخه السابق، بصورة إرادية وواعية وحرّة. بتعبير آخر: إن ما يهمّ العلوم الصينية والطب الصيني هو خلق معرفة عقلانية حول كيفيات الجوهر الذاتي الخاص المتمظهرة بشكلٍ متواصل، وكذلك حول الكيفيات التي تتجلّى في مؤثرات المحيط واستحقاقاته.

إن المبدأ الصيني يختلف عن التفكير الغربي الذي يحاول، عن طريق قهر مجالات مفردة من الحقيقة أو تغييرها المتعمَّد، عن طريق التأثير فيها ومكافحتها، التقليل من الإكراهات الحتمية. ويختلف أضعافاً عن التفكير السحري البدائي الذي لا يزال حيّاً بشكل ملفت في الطب الحديث نفسه. ولنفكّر فقط في «التجربة العمياء المزدوجة» التي يعتقد فيها الأطبّاء أن بإمكانهم التهرّب من الحقيقة الوضعية، من العوامل الصارمة، بمجرّد عدم النظر إليها، تجاهلها، عدم الرغبة بمعرفتها.

الحفاظ على الاستقامة (Orthopathie):

لنعد إلى الطب والرعاية الصحّيّة الصينيين. فهنا تقوم الصحّة والوقاية من الأمراض قبل كل شيء على المحافظة على الاستقامة، أي المحافظة على تلك القوى التي تحافظ على السلامة الشخصية وتصونها. ولا يجوز أن نحاول استرداد الصحّة عن طريق المكافحة المباشرة للتأثيرات المشوِّشة أو الضارّة إلا بصورةٍ استثنائية وكوسيلةٍ أخيرة. وهذا ما يُقصد بالقول الكلاسيكي الوارد في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»: «إن علاج مرض متظاهر سلفاً [بدنيّاً] يبدو كما لو أن المرء يحفر بئراً بعد أن يكون قد تملّكه الظمأ. أو كما لو أن المرء يصنع الأسلحة بعد أن تكون المعركة قد نشبت». إذن فالرعاية الطبية في فهم وإدراك الطب الصيني التقليدي تُعتبر شيئاً مثل تخزين الصحّة، الاحتفاظ برصيد منها.

أحادية الجانب في كلا المبدأين:

نتيجة لمنظوريّ الحقيقة المختلفين مبدئيّاً – هنا ارتباط يذكِّر بالماضي، بالبدني، بالمادّي، وهناك إدراك مباشر للحاضر، للوظيفي، للحيوي – فإن كلاًّ من الطب الغربي والطب الصيني يستبطن، عند النظر إلى الظواهر ذاتها، جوانب مختلفة للظاهرة نفسها. ومن البديهي تماماً أن ينطبق هذا أيضاً على أيّ مرض نشاء. على أن ما يصفّي الأجواء ويهمنا هنا هو قبل كل شيء التكامليّة، أو حقيقة أن الطب الصيني، ونتيجةً لنظرته المختلفة كلّيّاً، يسدّ الثغرات المعرفية في الطب الغربي، وبذلك تتكامل النظرتان إلى صورة كلّيّة شاملة.

يا لها من فرصة لم تتم الاستفادة منها بشكلٍ كافٍ حتّى الآن، وهي أنه بإمكاننا اليوم التعرّف على أحادية الجانب في كلّ من المبدأين، الصيني والغربي، كلّ على حدة. وبذلك تطرح نفسها، في الوقت نفسه، مهمّة اتّخاذ الطريق من أحادية الجانب في الطب الغربي، ذات العواقب الوخيمة بالنسبة لملايين المرضى، إلى طب شمولي. إذ إن الطب الصيني التقليدي أيضاً كان وما يزال في حدّ ذاته رؤية أحادية الجانب للعالم، وبالتالي رؤيةً منقوصة. وهنا تحديداً كمن ويكمن السبب الرئيس لانحطاطه التاريخيّ، وذلك لتقييمه المتفاوت، بل والتخميني بين الحين والآخر، في الصين نفسها. صحيح أن طبّاً يضع نصب عينيه أولاً، وفي غالب الأحيان فقط تأثيرات ونتائج المرض الحالية دون غيرها، هو طب قريب جدّاً من معايشات المريض وبإمكانه إصلاح الاضطرابات التي تتظاهر في الدينامي والحالي، وشفاءها بسرعة وبشكلٍ فعّال ومضمون، ولكن يفلت من يده، مع كل الحيطة، وجراء المنهج ذاته، الحدث المرضي هناك، حيث أمكنه التراكم لفترةٍ طويلة كاضطراب شديد في الماضي، كماضٍ، وفي الركيزة كتبدّلات في المادّة الجسدية، كاضطرابٍ بدنيّ – وليكن جراء عدم اكتراث المريض، إهماله وتهاونه، أو جراء ظروف خارجية قاهرة، أو حتّى جراء إجراءات خاطئة من قبل الطبيب المعالج–. لقد كان واضحاً للصينيين، كما للأطبّاء الغربيين، أن المرض الذي يتظاهر كتبدّل جسدي هو مرض متقدِّم، جدّيّ وغالباً خطر على الحياة. كما أدرك الأطبّاء الصينيون أيضاً أن تخفيف أو شفاء مثل هذه الأمراض يحتاج إلى إجراءات أشدّ وأعنف وأكثر بطولةً من الاضطرابات الوظيفية. ومن هنا تتّضح أيضاً الخلفية الموضوعية للقناعة واسعة الانتشار بأن الطب الغربي الحديث (التحليلي – السببي) الأكثر فعالية يحقّق نجاحه قبل كل شيء في الأمراض الشديدة المهدِّدة للحياة، وبأن الطب الصيني التقليدي، على العكس، ليس سوى طبّ «أضعف» فعالية، ويصلح قبل كل شيء للوقاية من مثل هذه الأمراض الجدّيّة الشديدة.

قد نؤيّد هذا الرأي في جوهره، إنما لا بد لنا من تصحيحه فيما يتعلّق ببعض تفسيراته. وما ينبغي تصحيحه – كما تمّ جزئيّاً فيما سبق – هو تلك المساواة غير المتروية وعديمة الجدوى تماماً بين الطب التحليلي – السببي والطب العلمي، وما ينجم عن ذلك في الغالب من مساواة بين الطب التركيبي – الاستقرائي والطب «التجريبي المحض»، وفي أحسن الأحوال الطب العلمي البدائي. هذه الافتراضات ليست باطلة وحسب، وإنما تضرّ بالاهتداء والوصول إلى الحقيقة.

الأمراض المزمنة:

لا يجوز لنا تجاهل أن بإمكان الأمراض التي لا تهدِّد الحياة مباشرة أن تكون، من وجهة نظر المرضى، أمراضاً شديدة للغاية أيضاً. إن تخفيف الأمراض المزمنة وشفاءها إن أمكن، تحديد العيوب البنيوية التي لا تتظاهر في تشوّهات جسدية واضحها وتعديلها، هي ليست المهام التي يضعها الطبيب الحالي على الهامش وحسب، وإنما هي أيضاً تلك التي يتزايد تواتر ظهورها باطّراد لدى مرضاه.

لقد قام الطب الصيني التقليدي بتطوير الطرق والأساليب التي تقوم على التركيب الاستقرائي وتسجِّل بدقّة كافة التأثيرات الراهنة في تآزرها، وذلك إلى درجة عالية من النضوج. وبذلك خلق الشروط من أجل تشخيصٍ صريح، إنذار أكيد ومعالجةٍ فعّالة نوعيّاً، تحديداً في تلك الميادين التي بقيت إلى اليوم مغلقة إلى حدّ بعيد، رغم الجهود الكبيرة، أمام الطب الغربي. كما أنه يصلُح في الوقت نفسه – من منظورٍ غربيّ – بصورةٍ أفضل للتعرّف المبكر والمعالجة المبكرة لكثيرٍ من الأمراض التي تتقدّم، جراء غياب هذه الإمكانات التشخيصية والعلاجية بالذات، إلى تلك المرحلة التي قد تصبح فيها – ربّما – ميدان إثبات كفاءة الطب الغربي.

وليس بالإمكان وضع مقولات عامّة سارية حول مدى قدرة الطب الصيني على شفاء الأمراض التي وصلت إلى مرحلة مزمنة. إذ ليس في وسعه، هو أيضاً، إزالة الأضرار الشديدة أو حتّى تخرّب الأعضاء الداخلية. ولكنه على أيّ حال يقدّم إمكانيات تشخيصية لتسجيل الاضطرابات الوظيفية بدقّة في كل من أمراض هذه الزمرة الكبيرة، وللعمل على معاكستها بشكل انتقائي. هذه التخصصية في التشخيص والانتقائية في المعالجة تعنيان منذ البدء درجة كفاية وفعّالية أكبر بكثير للإجراءات العلاجية. ومن الأمور المهمّة أيضاً أن الطب الصيني يتفادى بذلك كافة التأثيرات

الجانبية التي غدت في الطب الغربي، ولدى تناول الأدوية الدائم العرضي وغير النوعي، مسألة ذات إشكاليات معقّدة جدّاً. ففي حالة الآلام غير المحتملة والمستمرة منذ سنوات، على سبيل المثال، لا يزال الطبيب اليوم يقف غالباً أمام مأزق يكاد يكون عصيّاً على الحل: هل يترك المريض يعاني من آلامه؟ أم ينبغي عليه الوصول إلى مجرّد تخفيفٍ سطحي لها بمساعدة أدوية الألم والمسكّنات التي يتزايد عددها أو قوّتها باستمرار، وبالتالي يخوض خطر الإدمان الدوائي؟

لا يعتبر الألم من وجهة نظر الطب الصيني عرضاً بالمصادفة (أي علامة عارضة) أبداً، وإنما هو جزء لا يتجزأ من مرض محدّد. إذن لا يمكن ولا يجوز أيضاً مكافحة الألم وقمعه بشكلٍ منعزل، وإنما هو يختفي تلقائياً عندما يتم تحديد العامل المرضي الوظيفي، الذي يُطلق ألماً معيّناً، بدقّة، ومن ثم إزالته أو تعديله. ولكن هذه التحديدات التشخيصية وما يعقبها من إجراءات علاجية أيضاً تقع بعيداً خلف الخطوط الأمامية لجبهة ما يمكن للطب التحليلي – السببي إنجازه – إذاً خارج مجال رؤيته.

ففي وسعنا ليس التعلّم منهجيّاً والاستفادة متوسّطة الأجل من معارف الطب الصيني وحسب، وإنما أيضاً التعلّم من مصيره التاريخي، مشروطاً بنظرته أحادية الجانب. فأحادية الجانب هذه في طريقة المعرفة تمظهرت، كما في الكثير من العلوم الصينية كذلك في الطب، بصورة أبكر تاريخيّاً، وبالتالي لزمن أطول منه في علوم الغرب. (لا يزيد عمر أحادية الجانب المنهجية في الطب الغربي بأيّ حال، وبالمعنى الحصري، عن 200 سنة). ويتّضح من ذلك لماذا تُسجَّل البوادر الأولى لانحطاط الطب الصيني منذ القرن الثالث عشر تقريباً، ولماذا يمكننا رصد انحطاط هذا الطب البطيء، ولكن الذي لا يمكن وقفه، على مدى ما يزيد عن 600 سنة، بالرغم من الموروث السليم في جوهره. بيد أنه، بالوقوف على السياقات والترابطات، يبدو من غير المعقول وغير المسؤول، مع ذلك، أو تحديداً لذلك، رفض نظام أحادي الجانب بخيره وشرّه؛ كما أنه من غير المعقول أيضاً لعن معارف الطب الغربي المعمول بها لمجرّد أن هذا الطب أيضاً وصل به الأمر بصورة عابرة، وعن طريق نجاحاته الدقيقة والواضحة – والتي نأمل أن تكون كذلك – إلى أحادية جانب دوغماتية وانعدام جدوى متزايد.

إعادة بناء الطب الصيني:

إذن عندما نتوجه اليوم – كغربيين أم صينيين لا فرق – إلى التقليد الطبي الصيني ثانيةً، لا يجوز لنا أن ننسى أن الطب الصيني، وكما تمثّل في القرن التاسع عشر قبل كل شيء، لم يكن بالفعل ليستطيع التفاخر بنفسه. ولكن من واجب البحث الطبي الرصين أن يدور بالدرجة الأولى حول إعادة البناء العقلانية للطب الصيني بوصفه منظومة علمية متماسكة، وحلول استبعاد الأدب الطبي غير الرصين المطروح في السوق، وبالطبع في الصين أيضاً. ومما لا جدال فيه أن الصينيين، ومنذ القرن التاسع عشر، كانوا شعباً يعاني من الأمراض ويكابد بشدّة، إضافة إلى تأهيل الأطبّاء السيّئ (غير المراقب من قبل الدولة) والخدمة الطبية القاصرة كلّيّاً. ولم يتم فعل أيّ شيء تقريباً من أجل صحّة قطاعات واسعة من السكّان؛ والأرجح أن معظم البشر كانوا آنذاك مضطرين للقيام بأعمال السخرة دون اعتبار للناحية الصحّيّة. وكان يتم، عن عمد، تحمل الأمراض الشديدة والعمل المضني حتّى الإنهاك التام ذي النهاية المميتة. كل هذا يحقّ لنقّاد الطب الصيني إبرازه. ولكن من غير المنصف فكريّاً مطابقة مثل هذا التوصيف للوضع مع طب الصينيين العلمي (والذي لا يعود إلى تلك الفترة إطلاقاً). فحتى نقاد الطب الغربي سيّئي النيّة لا يخطر ببالهم فكرة استنتاج قيمة الطب العلمي الغربي من خبرات وتجربة عيادة طبيب تأمين متوسّطة، والتي يتكرّر فيها مئات المرات ما يلي: يعطي المريض ممرضة العيادة قصاصة الورق المسماة «نموذج المرض» ويطلب بالمقابل دواء. ومن خلف مكتب غاية في الأناقة والنظافة تقوم السيدة الجذّابة بملء وصفة طبية، ثم تتوارى بها في حجرة كشف الطبيب. وبعد برهة قصيرة تعود ثانيةً لتسلِّم المريض الوصفة الموقَّعة مع وثيقة تجيز له التغيّب عن عمله لمدّة ثمانية أيام.

إضافة إلى ذلك فإن الانتشار الوبائي للأمراض في الصين سار، في سياق التطوّر التاريخي، بصورةٍ مختلفة عنها في الغرب. لم يكن لدى الصينيين شيء موازٍ للرعاية الصحّيّة التي أسسها منذ منتصف القرن الماضي الطبيب الميونيخي ماكس فون بيتنكوفَر. الأمر الذي قاد إلى انتشارٍ سريع للأوبئة وإلى تدهور الحالة الصحّيّة لقطّاعات واسعة من السكّان. وكان الطب الغربي، مقارنة مع ذلك، متفوّقاً بوضوح من خلال تقنيّاته في التلقيح الوقائي التي تم تطويرها قبل ذلك بفترة وجيزة، ومن خلال معالجته الأمراض الإنتانية وأخيراً إمكاناته الجراحية. وطالما كان الطاعون والجدري يفتكان بالناس، كان لا بد من إهمال الاضطرابات الوظيفية.

أما التطوّر في الغرب فقد سار بصورةٍ معاكسة تماماً. فهنا قاد التطوّر العلمي المنظَّم والتطبيق العملي للطب التحليلي – السببي إلى استئصالٍ تامّ تقريباً، أو على الأقلّ سيطرة وقائية

على زمرة كبيرة من الأمراض. أما ما تبقّى فهو الأمراض الوظيفية والمزمنة، والتي يتم تشجيعها من خلال تغيّر شروط العمل، فرط التنبيه والإثارة والانفعال، فرط الإجهاد النفسي وتناقص الحركة الجسدية في الوقت نفسه، من خلال التطاول والاعتداءات المنافية للطبيعة على البيئة والتحوّلات المستمرة في الوسط الاجتماعي. وهذا هو من جديد ميدان الطب الصيني.

إذن فنحن أمام وضع متناقض. ففي الصين يزداد الإقبال على الطب الغربي باستمرار، وفي الغرب يرتفع الطلب بوضوح على طرق العلاج الصينية. ولم يستخلص من هذا الوضع النتائج السياسية – الصحّيّة المناسبة سوى الصينيين – المتحفّظين تجاه المؤثرات الخارجية كما يُزعم–: فهم يعلمون أن على الخدمة الطبية للسكّان أن تسير على هدي الهموم الصحّيّة الفعلية وليس تبعاً لمذهبٍ أو عقيدةٍ علميةٍ ما.

الفصل الثاني
مفاهيم أساسية

Yin و Yang:

ليس هناك أيّة واقعة في العالم لم يُكسِبها الصينيون جانب Yin وجانب Yang. وقد جاء في Yijing، «كتاب التحوّلات»، الكتاب الأساسي لكل الفكر الصيني: «تارةً Yin، وتارةً Yang، ذاك هو Tao!». كما أن «المقالة الواسعة حول الظواهر المطابقة لـ Yin وYang، أحد أهم النصوص النظرية في الطب الصيني الكلاسيكي[48]، تبدأ بشكل ليس أقلّ التباساً وغموضاً على الأذن الغربية:

تكلّم الأمير الأصغر: «Yin وYang هو Tao السماء والأرض ومبدأ الجوهر الأعلى، أمّ وأب التغيّر والتحوّل، أصل وبداية النشوء والفناء، قاعة القوّة المتكوكِبة المتمظهِرة».

Tao هو أسلوب الفاعليّة، الدرب الذي يسلكه كل حدث في الزمان والمكان. وتعني Yin وYang شيئاً مثل «توزيع القوى»، «توازن القوى»، «تكوكب القوى»، ولكنها تعني أيضاً «الطاقة القطبية» أو «الطاقة المستقطبة»؛ ولما كان كل حدث بالنسبة للصينيين حدثاً طاقويّاً، فإنها تعني أيضاً ببساطة «القطبية». وبذلك يمكننا وضع العبارة المنقولة عن Yijing في صيغة مألوفة تنتزع

منها جزءاً مهمّاً من غموضها: يتحدّد سير الأحداث من خلال تكوكب القوى السائد في كل حالة. أو يمكن القول: سائر الأحداث هي تأثيرات للتكوكب الطاقوي في كل حالة. أما Yin وYang فهما تسميتان عالميتان للجوانب الطاقوية للتأثيرات: ومن جهةٍ أخرى لا يمكن إحداث التأثيرات وإدراكها إلاّ عندما تتلاقى قوّة ما (أو جانب طاقوي فاعل آخر) مع موقع تأثير (مادّي) وتتمكَّن هنا من إحداث التغيير. فشعاع شمسي أو حجر نيزكي ليس لهما أيّ تأثير طالما هما يطوفان في الكون دون عائق. فقط عندما يسقطان في مكانٍ ما، فإنهما يُحدثان شيئاً ما. بيد أن تأثيرهما يختلف تبعاً لمكان سقوطهما. فأشعّة الشمس مثلاً بإمكانها إحداث أشياء مختلفة مثل التركيب الضوئي في النباتات، تبخّر المياه، تسخين سقف من الصفيح، احمرار (أو حتّى حرق) الجلد أو إبهار العينين. ولما كانت الجوانب الطاقوية الفاعلة لضوء الشمس هي ذاتها في كل حالة، فإن توليدها لتأثيرات متباينة لا يمكن أن يتوقّف عليها وحدها. وإنما يتوقّف الأمر على الكيفيات المختلفة لمواقع التأثير المتلقّية. ومواقع التأثير هذه مادّية ومبنية بطريقة متباينة – وهذا الأمر متجذّر وراسخ في وعي الصينيين.

تبعاً لذلك فإن كل حدث أو واقعة تُفهَم في التفكير الصيني على أنها تضافر تأثير طاقة فاعلة وطاقة بنائية ذات كيفية متباينة في كل حالة. وعلى عكس التفكير السببي في الغرب، والذي يُعتقَد فيه أن كل تأثير هو نتيجة لسببٍ سابق زمنيّاً، يرى الصينيون في التأثير المجرى الديناميكي لدى تضافر متزامن لقوىً فاعلة وبنائية. حيث تُدعى كل الجوانب الفاعلة بـ Yang وكل الجوانب البنائية بـ Yin. ويتّضح من ذلك مفهوم الصينيين بأن النظام العالمي يقوم على لعبة تبادل بين مجموعتين من الجوانب الطاقوية، متعاكستين ولكن متكاملتين. والظواهر التي تُعتَبر بصفة عامّة، حسب تجربة وخبرات الغرب، مواضيع أو أشياء، هي في النظرة الصينية عبارة عن نتيجة لسلسلة من التأثيرات في الماضي؛ فهي تأثيرات متراكمة في الماضي ومُستأنفة أو مُعاد إليها في الحاضر. كل ما هو مادّي، وبالتالي الجسد البشري أيضاً، هو حصيلة وتعبير عن تأثيرات نوعية تماماً متراكمة في الماضي، وينشأ، مثله مثل طبيعة جغرافية أو مبنىً ما، من خلال قوى متنوّعة وذات كيفية محدَّدة وفعّالة طوال أزمنة ماضية. فالصحارى هي حصيلة «عملية تصحّر» تدوم طويلاً، والتغيّرات الجسدية هي حصيلة أخطاء وظيفية تستمر طويلاً.

المعايير العرفية الكيفية:

بوصفهما المعيارين العرفيين الأكثر عموميةً، واللذين يتم بهما الفصل الكيفي للجوانب التشخيصية للقوى المؤثرة عن بعضها بعضاً، أي تعريفهما تبعاً لاتّجاهاتها، يخدم كل من Yin وYang في توصيف الحدثيات التجريبية.

كان Yin وYang في العصر القديم تسميتين لكل من الجهة (الشمالية) المظلّلة (Yin) والجهة (الجنوبية) المشمسة (Yang) لجبل ما، للجهة الجنوبية (المظلّلة) لضفّة نهر ما (Yin) أو بالأحرى الجهة الشمالية (Yang)، لأوقات السنة الداكنة المكفهرّة، أي الخريف والشتاء (Yin) ولأوقاتها المنيرة الساطعة، أي الربيع والصيف (Yang).

على أن Yin وYang، مثل كافة المعايير العرفية الأخرى في الصينية (ومثل مفاهيم السبب والتأثير أو العلّة والمعلول في الغرب أيضاً) ليسا مفهومين تجريبيين. وبالتالي فهما ليسا حتّى توصيفاً للحقيقة أيضاً. بل الأرجح أنهما يوافقان أداتين لغويتين تضيفان على التوصيفات التجريبية دقّة ووضوحاً.

مبدئياً يمكننا القول: Yang هو الجانب الفاعل من التأثير، Yin هو التوجيه البنائي المعاكس الذي يمكن أن يكون متبايناً تبعاً لموقع التأثير المادّي. حيث يتضمّن الفاعل في معنى Yang كافة حيثيات الشروع، التفكيك، المحرِّك والمحرَّك، المحوِّل، المكتشِّف والمنتشر، المفكِّك، المبدِّد والمبعثِر، المعيِّن، وفي الوقت نفسه غير المتعيِّن. وعلى العكس، يشمل البنائي في معنى Yin كافة حيثيات الإتمام، التأكيد، الاستقرار، الساكن، التعيّن، الثبات، الجمود والموت، التكاثف، التركيز والمتعيِّن.

ويغدو الادّعاء المتناقض لأوّل وهلة أكثر وضوحاً الآن، صحيح أن Yang معيِّن، ولكنه نفسه غير متعيِّن. لنعد ثانيةً إلى مثال أشعّة الشمس. فطالما تنتشر أشعّة الشمس في الفضاء دون عائق، فإنه من غير المحدَّد إطلاقاً (وهذا يعني عدم تمكّن المرء بعد، ومن خلال ملاحظات تجريبية متأنية من إثبات) ما إذا كانت ستؤدي فيما بعد إلى تبخّر المياه، نموّ النباتات أو جعل القمر نيّراً، ما إذا كانت ستتلف صورة فوتوغرافية أم ستحدث حرقاً شمسياً. ولا يمكن معرفة ذلك إلاّ

عندما تسقط على مكانٍ ما، حيث تُحدث، بالاشتراك مع الطاقة البنائية، تأثيراتٍ محدَّدة. غير أنها، وبوصفها الجزء الفاعل من الحدثية، تُعتبر محدِّدة بالنسبة لهذه التأثيرات.

والآن بتنا قادرين على صياغة أكثر وضوحاً لذلك الإثبات الذي ينمّ عن الغموض والإبهام، والمنقول عن الأمير الأصفر في «المقالة الواسعة حول الظواهر المطابقة لـ Yin وYang»: يحدّد كل من Yin البنائي وYang الفاعل طريقة تأثير وفعالية عالم منظَّم. وتمتلك جميع الظواهر المفردة قابليتها للتعيين في تضافرها القطبي المعاكس: فكل من التغيّر العابر والتحوّل الجوهري العميق تُحدثه الفاعلية – أي Yang–. ويتم إيصالها إلى الصورة المعيّنة الملموسة عن طريق البنائية – أي عن طريق Yin–. فلكل نشوء وفناء أصله وبدايته في هذه القطبية. وتبدو القوّة المكوكبة (وهي القوّة المحدِّدة والمنظِّمة لتلاقي الأحداث) وتظاهرها قابلين للاختبار والتوصيف على ضوء وجهة نظر هاتين الكيفيتين الأساسيتين فقط دون غيرهما.

الشكل رقم (1):

الأجزاء المنقّطة من الصور تميّز Yang، الفاعلية، الجوانب الفاعلة من التأثير. والأجزاء المتبقية جميعها تميّز Yin، البنائية، الجوانب البنائية من التأثير.

يبيّن الرسم (1) الفاعلية بالمطلق، والتي لا يمكن التعرّف على هدفها. كما لا يمكن للمشاهد التعرّف على أيّة معطيات قياسية أو حدود أو مدى فعل ما، أو استنباطها.

يبيّن الرسم (2) البنائي، البنائية، التأثير المتراكم في الماضي. مثل هذا التأثير قابل للتحديد الكمّي، قابل للقياس. ولكن إذا نُظِر إليه معزولاً، فإنه لا يوضّح أيّ اتّجاه، أي كيفيّة صريحة، أي مرجعية للفعالية.

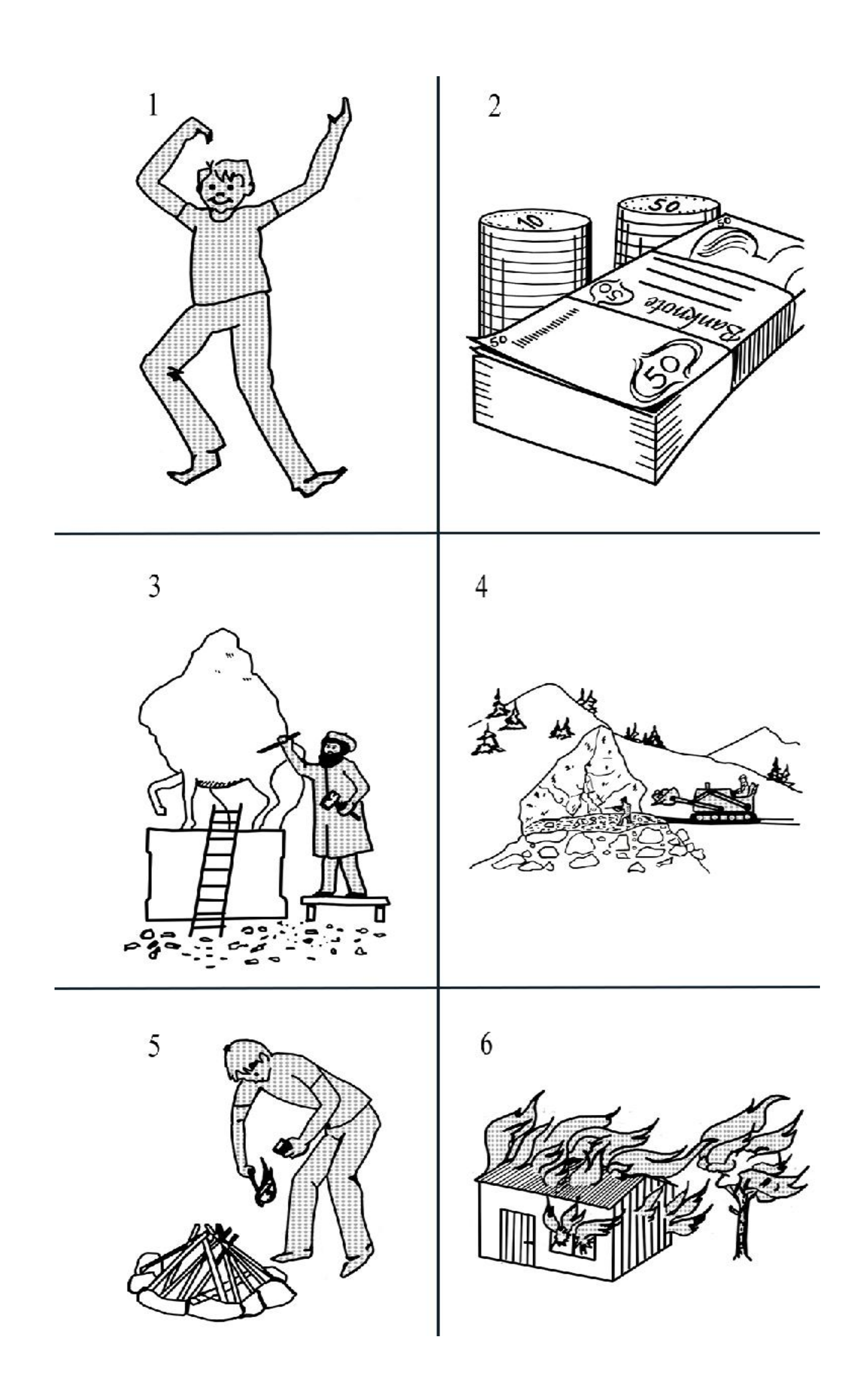
في الرسم (3) نرى التأثير المتبادل بين الفاعلية والبنائية. فالبنائي هو أساس الفعل، شرطه، قاعدته، موضوعه، وهو في الوقت نفسه المقاومة التي يبديها التأثير المتراكم في الماضي تجاه المؤثر الحاضر الحالي. والماضي يتبدّل، يتحوّل من خلال الفعل الحاضر.

وفي الرسم (4) تتواصل العلاقات المشار إليها في الرسم (3): الفاعل، الفعل، Yang يتبدّل، يضرّ بـ، يدمّر ما هو قائم، ما هو متراكم في الماضي، ما هو صائر، ما هو متكوِّن، فالفعل

يقيم بالتعريف تحوّلاً، هو تحوّل.

الرسم (5): ولكن بإمكان الفعل، عندما يقتصر على مقادير صغيرة من التأثير المتراكم في الماضي، أن يبدّد هذه التأثيرات كلّيّاً، يدمّرها، يزيلها. في مثل هذه الحالة يمكن أن يتظاهر الفعل كتدمير، استهلاك، إبادة، وهو ما يظهر في الرسم (6).

كل من الرسوم الأربعة الأخيرة، يوضّح وجوب فهم الفعل والبناء، الفاعلية والبنائية، دوماً على أنها جانبا كل حقيقة، المشترطان بعضهما بعضاً والقابلان للفصل ذهنيّاً فقط وليس تجريبيّاً: فالفعل لا يُختبر إلاّ عندما يقع على ركيزةٍ ما، على البنائي، على الملموس، على المادّي، وعلى العكس، يشترك اختبار البنائي، المادّي، أن يقع عليه تأثير راهن، فعلي، حاضر، أي فاعلية، وأن يتشوّه من خلاله أو يُعطى شكلاً.



مطابقات:

تسود أفكار الدينامية والفعالية الفكر الصيني بأسره. وهو يتحرّك في عالمٍ من الرموز، من المطابقات والأضداد. ويقوم الصينيون بإلحاق عدد كبير من الظواهر القطبية، كمطابقات أولية وثانوية، بكل من Yin وYang، بوصفهما المعيارين العرفيين الأكثر عمومية. وإذا أردنا التفصيل فإن كلاً مما يلي يتحدّد على أنه من ظواهر (Yang) الفاعلة: السماء، الشمس، الربيع، الصيف، الذكري، الحرارة والسخونة، الخارجي، المضيء، الكبير والقوي، الأعلى، النار، المتحرِّك، النهار، الأيسر. وبالمقابل يوصف الصينيون ما يلي كظواهر (Yin) بنائية: الأرض، القمر، الخريف والشتاء، الأنثوي، البارد والحار، الداخلي، المظلم، الضعيف والصغير، الأسفل، الماء والمطر، الساكن، الليل، الأيمن.

عدا ذلك فإن كلاً من المطابقات التالية تعتبر ذات أهمية في سياق نظرية الطب.

كل ما يلي يعتبر ظواهر (Yang) فاعلة: الفترة الممتدّة من منتصف الليل إلى منتصف النهار، الواقع على السطح والدافع على السطح، الظَّهر، الجذع فوق الحجاب الحاجز، الدارات الخارجية أو دارات العبور، طورا التحوّل – الخشب والنار، القوّة المكوكِبة shen، الطاقة الفردية النوعية الفاعلة qi، طاقة الدفاع wei، العصارات الفاعلة jin، امتلاء الطاقة shi (باللاتينية: repletio)، الرائق، القاسي، ما لا طعم له، ذو العدد الفردي.

وبالمقابل يعتبر الصينيون كل ما يلي ظواهر (Yin) بنائية الفترة الممتدّة من منتصف النهار إلى منتصف الليل، كل ما يفعل في العمق، المنخفض، البطن، طوري التحوّل – المعدن والماء، الطاقة البنائية الكامنة jing، الطاقة الفردية النوعية البنائية xue، طاقة البناء Ying، العصارات البنائية ye، استنفاد الطاقة xu (باللاتينية: inanitas)، العكِر، الطري، المالح، ذا العدد الزوجي.

هنا يظهر عدد كبير من المفاهيم الجديدة التي سيجري توضيحها لاحقاً بصورةٍ أدق. وقبل كل شيء تُذكر أشكال مختلفة من الطاقة لأوّل مرّة. مع ذلك، وقبل أن نتناول أطوار التحوّل الخمسة بوصفها المعايير العرفية الأساسية الأخرى في الفكر الصيني، وبالتالي في الطب أيضاً، ثمّة ملحوظة أخرى على Yin وYang. لقد كان بديهيّاً لدى الصينيين أنه في كل ظاهرة Yin وفي كل ظاهرة Yang لا بد من التمييز بين جانب –Yin وجانب –Yang. جاء مثلاً في Suwen ثمّة Yang في Yin، وثمّة Yin في Yang. وهكذا فالفترة الممتدّة من شروق الشمس إلى منصف

النهار تطابق Yang السماء (وهذا يعني Yang النهار) وفي الوقت نفسه Yang في Yang، وصحيح أن الفترة الممتدّة من منتصف النهار إلى غروب الشمس تطابق Yang السماء، ولكنها تطابق Yin في Yang (لأن فترة ميلان الشمس نحو الغروب هي Yin)؛ والفترة الممتدّة من هبوط الليل إلى أوّل صياح الديك (وهذا يعني منتصف الليل) تطابق Yin السماء وYin في Yin. والفترة الممتدّة من أوّل صياح الديك إلى طلوع الشمس، صحيح أنها تطابق Yin السماء، ولكنها تطابق Yang في Yin».

أطوار التحوّل الخمسة

(باللاتينية: quinque transvectus؛ بالصينية: wuxing):

كان العالم اللغوي وورف قد أثبت بأسلوبه الجامح أن: «كيفية تصنيفنا للطبيعة، تنظيمنا لها في مفاهيم تُضفي عليها المعاني والدلالات، لهو أمر يتحدَّد إلى حدّ بعيد بكوننا مشاركين في اتّفاقية لتنظيمها على هذا النحو – اتّفاقية يسري مفعولها على جماعتنا اللغوية بكاملها، ومشفَّرة في بُنى لغتنا. وبالطبع ليست هذه الاتّفاقية سوى اتّفاق ضمني كامن، ولكن محتواه إلزاميّ بصورة مطلقة؛ فنحن لا يمكننا الكلام إطلاقاً دون الخضوع لترتيب وتصنيف ما هو مُعطى، ترتيب وتصنيف يفرضهما هذا الاتّفاق»[49].

ولقد أثبتنا سابقاً أن الصينيين مشتركون في اتّفاقٍ لغوي مغاير كلّيّاً لاتّفاق الأمريكيين والأوروبيين. والطب الصيني منظومة علمية غير ممكنة دون الخصوصيات اللغوية للصينيين. وتقديم هذه المنظومة في لغةٍ أخرى، دون الخروج المستمر عن النظام اللغوي للصينيين، أمر شبه مستحيل. إلاّ أن الصينيين أنفسهم قدّموا البرهان على إمكانية ذلك، رغم كل الصعوبات: أجل، قد تبنّوا التفكير التحليلي–السببي للغرب. وعلى العكس، عندما لا ننجح نحن في التعلّم من الصينيين والاستفادة منهم، فإن الغرب سرعان ما يدخل في حالةٍ متأخّرة مقارنةً مع الصينيين.

لقد تعرّفنا في الثنائية القطبية Yin وYang، أو البنائية والفاعلية، على واحدٍ مما يُسمَّى معايير الاستقطاب، والذي يقيّم به الصينيون مبدئيّاً كافة الوقائع، كافة الحدثيات والمجريات في العالم الحيّ وغير الحيّ؛ ويمكننا القول أيضاً: إنه زوج من المعايير الرئيسة، يقسِّم الصينيون العالَم تبعاً له إلى مفاهيم، ويحدِّد أيّ جزءِ من الحقيقة ينبغي أن يُعزى إلى الكلمة كمعنى لها.

لنأخذ الصيد كمثالٍ من الفعل البشري، يُفترض به توضيح الفكر الصيني. والصيد حدثية لدى كل منّا تصوّر عنها، ولكن من غير الثابت كيف نقوم بتحليلها مفهوميّاً إلى مقاطع جزئية. وفقاً للرؤية الصينية يُعزى للصيد، مثله مثل كل فعل، جانب فاعل وجانب بنائي، وبإمكان المرء التمييز بين مرحلة Yang ومرحلة Yin. يبدأ Yang الصيد مع اقتفاء أثر الأيل واكتشافه، ويصل إلى ذروته مع طلقة الصياد. وعندما يدرك سهم القوس أو رصاصة البندقية الهدف وينفذ إلى قلب الحيوان تدخل المرحلة الفاعلة – وبسرعة نوعاً ما في هذه الحالة – في مقطع Yin البنائي من الصيد. ينزف الأيل وفي النهاية يموت؛ فتبدأ مرحلة البنائية التي تدفع إلى إمكانيات جديدة، وتبعث على فاعليات جديدة. ولكن قبل ذلك يحتاج الأمر إلى مرحلة ما يُسمَّى «تبديل الأقطاب»: إذ يتوجّب على الصياد تنحية قوسه والإمساك بالسكين لشقّ الحيوان. وتنتهي مرحلة Yang هذه إلى مرحلة جديدة Yin في أبعد الحدود عندما يتحوّل الأيل بكامله إلى طعامٍ بشري، ويتوالى الأمر على هذا المنوال.

كل مرحلة محدودة ومنفصلة على هذا النحو يمكن للمرء تقييمها تبعاً لـ Yin وYang، وهكذا سيوصف تحضير السلاح للإطلاق مثلاً، أي شدّ القوس ووضع السهم على أنه Yang في Yin، أما الفترة الممتدّة من تحرير الطلقة حتّى إصابة السهم للهدف فتوصف بأنها Yang القوي؛ ويمكن اعتبار نفوذ السهم في قلب الأيل، والذي يتم خلاله امتصاص الطاقة الفاعلة، Yin في Yang، وموت الأيل المطروح هناك Yin القوي. بإمكان المرء مبدئيّاً تقييم كل مرحلة من مراحل واقعةٍ ما من جديد ليتوصّل إلى تقييمٍ متمايز بقدر ما يشاء للحدثيات.

قد يبدو ذلك للوهلة الأولى مبلبلاً. ولكن التفكير التحليلي– السببي يعمل بصورةٍ مشابهة تماماً دون شعورٍ منّا. على سبيل المثال كانت برقية إيمز سبب حرب عام 1870 بين فرنسا وبروسيا. ولكن المؤرّخين يذكرون وقائع مختلفة تماماً لكل معركة على حدة في هذه الحرب، ووقائع أخرى أيضاً بالنسبة لانطلاق الاشتباكات المفردة ...إلخ، إلى أن يصل المرء إلى السؤال عن أسباب موت كل ضابط أو جندي على حدة، والتي لا تعود تهم أصلاً سوى المعنيين تحديداً.

إلى جانب المفهوم الثنائي للفاعلية والبنائية (أو Yang وYin) فإن لدى الصينيين معايير استقطاب أخرى تلعب في التنظيم المفهومي للمحيط وفي تقييمه دوراً ليس أقلّ أهمية: الكمونية والفعلية، وكذلك التمايز الكيفي والوحدة الحيادية غير المتمايزة.

ويمكن مشاركة معايير الاستقطاب هذه مع بعضها بعضاً، مما يتيح تقييمات معيارية عرفية جديدة يجنِّدها الصينيون قبل كل شيء لتقييم المجريات الدائروية: أطوال التحوّل الخمسة (wuxing).

وينجم عن مشاركة الكمونية والفعلية مرحلة الفاعلية الكامنة. ويدعوها الصينيون بـ طور التحوّل – الخشب. وهي في حالة الصيد تلك اللحظة التي يتم فيها شدّ القوس ووضع السهم، إلاّ أن الإطلاق لم يتم بعد. وفي حالة قيادة السيارة مثلاً: خزان الوقود ممتلئ، والبطارية مشحونة؛ مفتاح التشغيل في مكانه، ولكن لم يتم تدوير المحرك بعد. إذن فطور التحوّل – الخشب يصف إمكانية وشرط مرحلةٍ أخرى، ألا وهي الفاعلية الفعلية. وتسميتها لغة الصينيين المليئة بالرموز طور التحوّل – النار. وهي في حالة الصيد ذلك الزمن القصير لطيران السهم باتجاه الهدف،وفي حالة قيادة السيارة أجزاء الرحلة التي هي عادةً أطول زمناً بكثير.

أما مراحل التأثير المرسومة التي لم تدخل بعد فتُعتبر بنائية كامنة. فالسهم أصاب هدفه ولكن الأيل ما زال يقفز؛ السائق يدوس على الفرملة ولكن الفرامل لم تستجب بعد. ويصف الصينيون ذلك بأنه طور التحوّل – المعدن.

وأخيراً هناك المشاركة بين الفعلية والبنائية، والتي ينجم عنها مرحلة البنائية الفعلية التي يدعوها الصينيون بـ طور التحوّل – الماء. ذلك هو الأيل الميت في حالة الصيد أو السائق عند هدفه.

أطوار التحوّل الأربعة هذه متمايزة أيضاً في مشاركتها معياري الاستقطاب كليهما. ولكن الصينيين يميّزون إلى جانب ذلك طوراً آخر للانتقال، للمعاوضة، لتبديل الأقطاب أو لقلب التوجيه، دون معرفة مُسبقة بالطور المحدَّد الذي يتبع ذلك. ففي حالة الصيد مثلاً، هو ذلك الطور عندما يراقب الصياد بالمنظار ليتبيّن طريدة جديدة، أو عندما يضع قوسه جانباً ويقبض على السكين لينظِّف أحشاء الحيوان المقتول. ويصف الصينيون مثل هذه المراحل الانقلابية، الانتقالات من حدث إلى آخر، بأنها طور التحوّل – الأرض.

هنا، في هذا الموضع بصفة خاصّة، يتّضح كيف يمكن أن يتم تقويض فهم وتفهّم العلم الصيني من خلال ترجمات خاطئة ومضلِّلة. فبالعودة إلى ترجمات المبشِّرين الأوروبيين من القرن

السادس عشر إلى القرن الثامن عشر نجد أن الكلام في الأدب المتعلّق بالموضوع كثيراً ما يدور حول «مبحث العناصر الخمسة».

وفي مثل هذا المفهوم يجتمع العديد من الأخطاء الخطيرة؛ فعبارة «عنصر» قبل كل شيء، والمختارة بإيحاء من مبحث العناصر الإغريقي، تثير حتّى لدى خبراء الفلسفة الإغريقية الكلاسيكية تداعياتٍ خاطئة. والعنصر الإغريقي يمتلك موقعاً متوسّطاً بين المعنيين المادّي والوظيفي.

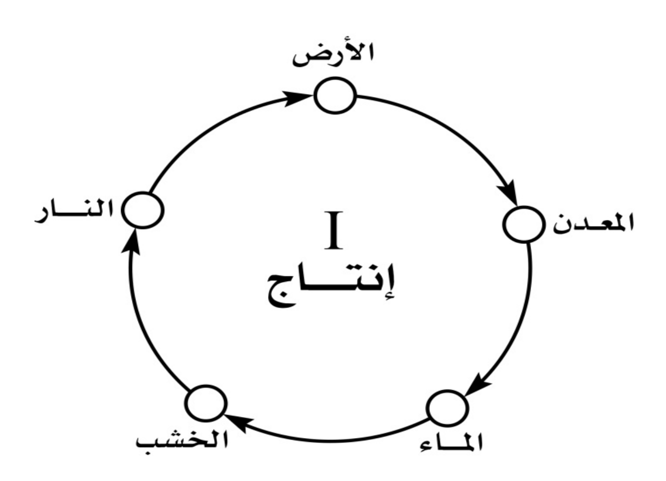
حتى عندما يتكلّم المرء عن «مبحث العناصر الخمسة»، فإنه يخلط بين الوسيلة والغاية أو بين الوسيلة والمقولة– تماماً كما لو أن المرء يصف الفيزياء الكلاسيكية بالإجمال بأنها «مبحث المنظومة المادّية»، وذلك فقط لأن معظم الفيزيائيين عبّروا عن نتائج ملاحظاتهم بالاستناد إلى المعايير العرفية لهذه المنظومة المادّية.

وهكذا فلا شيء يجيز لنا نقل المفهوم الصيني xing، والذي يعني حرفيّاً **ممّراً أو معبراً** (باللاتينية: transvectus)، لغويّاً على أنه عنصر. فإن xing هو دوماً عبارة عن حدثية دينامية «عابرة» تنتهي بحلول حدثية أخرى محلّها. وهذا الحال أو المعنى يؤدّيه مفهوم طور التحوّل على خير وجه.

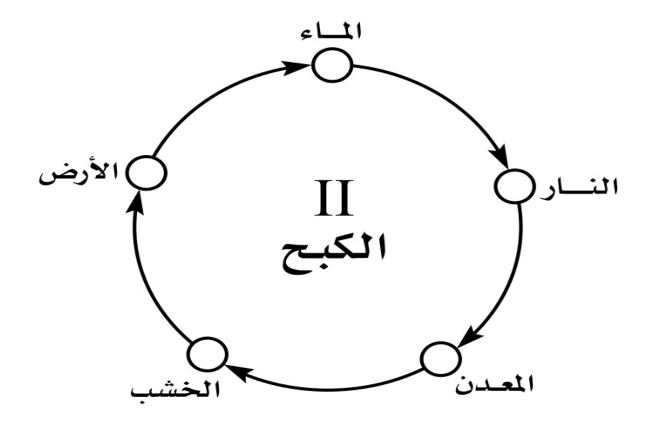
ولكن مبحث أطوار التحوّل الخمسة لا يقتصر على التوصيفات المعيارية – العرفية للحديثات كل على حدة. فقد اكتشف الصينيون سلسلة من الانتظامات لدى تعاقب أطوار التحوّل المفردة تصلح للتوصيف المنهجي للمجريات الطاقوية. فالقوس يجب أن تكون مشدودة قبل أن يكون في وسع الصياد إطلاق السهم، وخزان وقود السيارة يجب أن يكون مملوءاً بالبنزين قبل أن يكون بإمكان السائق الانطلاق بها. وبتعبير آخر: لا بد لطور الفاعلية الكامنة أن يسبق عادةً طور الفاعلية الفعلية؛ وبمصطلحات أطوار التحوّل لا بد لطور التحوّل – الخشب أن يسبق طور التحوّل – النار. إذ إنه دون أطوارٍ يتمّ فيها تجميع وتخزين كاف للطاقة لا يمكن أن تسير الحدثيات ذات الفاعلية العالية.

من الناحية النظرية يمكن ترتيب أطوار التحوّل الخمسة في 36 تعاقباً أو تسلسلاً مختلفاً (بالصينية: xu). ولكن ثلاثة منها فقط اكتسبت الأهمية في الطب الصيني، ذلك أن قيمتها العملية تأكّدت عن طريق الخبرة مراراً وتكراراً. ويمكن فهم الحدثيات البيولوجية في الإنسان أيضاً – مثلها

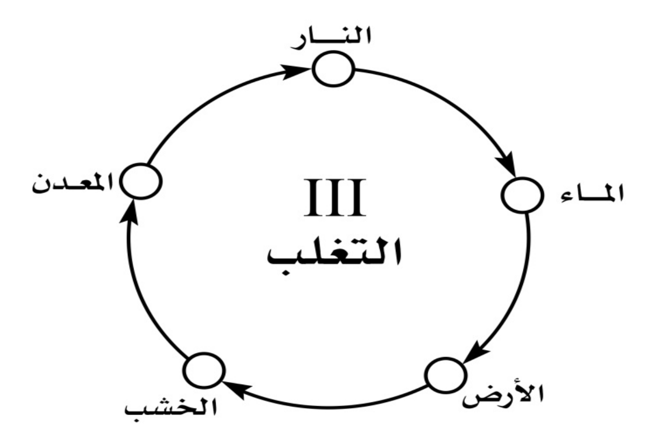
مثل سائر الحدثيات الكونية – على أنها تضافر أو أداء جماعي للدافع الفاعل (Yang) والتوجيه البنائي المعاكس (Yin). حيث يعمل الدافع الفاعل طبقاً لتسلسل التمخّض أو الإنتاج (باللاتينية sequentia efficiens؛ بالصينية: xiangshengxu). وهو ينصّ على أن: طور التحوّل – الخشب يولِّد طور التحوّل – النار؛ وهذا يولِّد طور التحوّل – الأرض؛ وهذا يولِّد طور التحوّل – المعدن؛ وهذا يولد طور التحوّل – الماء؛ وهذا الأخير يولِّد من جديد طور التحوّل – الخشب. ويمكن تمثيل ذلك تخطيطياً على أحسن وجه على شكل دائرة:



وتختبر الأطوار الفاعلة توجيهها البنائي المعاكس طبقاً لتسلسل القمع أو تسلسل الكبح (باللاتينية: sequentia vincens sive cohibens؛ بالصينية: xiangkexu, xiangshengxu) والذي يثبت أن طور التحوّل – الخشب يكبح طور التحوّل – الأرض؛ وهذا يكبح طور التحوّل – الماء؛ وهذا يكبح طور التحوّل – النار؛ وهذا يكبح طور التحوّل – المعدن؛ وهذا يكبح من جديد طور التحوّل – الخشب. وينجم عن ذلك الصورة التالية:



ويقصد الطب الصيني بلعبة القوى انطلاقاً من الإنتاج والكبح تلك الحدثيات الفيزيولوجية التي تشكّل أساس كافة الوظائف الصحّيّة السليمة. وعندما تضطرب لعبة القوى هذه، جراء عوامل ممرِضة ما، يحصل أو ما يحصل ركودات واحتقانات بالطاقة في بعض الأمكنة، ونقص في الطاقة في أمكنة أخرى. وهذا يقود في نهاية الأمر إلى اضطرابات في علاقة الأطوار الفيزيولوجية. حيث تطغى على كيفيات الأطوار ذات الكمون الطاقوي غير الكافي أطوارُ التحوّل التي يُفترض أنها لن تكبحها في الواقع. ويدعو الصينيون هذا التسلسل الباتولوجي بتسلسل القهر أو التغلّب (باللاتينية: sequentia violationis؛ بالصينية: xiangwuxu)؛ وهو ينص على أن: طور التحوّل – الخشب يتغلّب على طور التحوّل – المعدن؛ وهذا يتغلّب على طور التحوّل – النار؛ وهذا يتغلّب على طور التحوّل – الماء؛ وهذا يتغلّب على طور التحوّل – الأرض؛ وهذا الأخير يتغلّب من جديد على طور التحوّل – الخشب. ويبدو الرسم التخطيطي الموافق كما يلي:



عندما يشخّص طبيب صيني اضطراباً في لعبة القوى الطاقوية، يمكنه بناءً على معارفه بالحدثيات الباتولوجية طبقاً لتسلسل التغلّب وضع إنذار دقيق جدّاً حول سير المرض. ولكنه يعرف أيضاً بأية أدوية أو إمكانيات علاجية أخرى يمكنه تصحيح التوازن الطاقوي المضطرب وبالتالي استرداد صحّة وعافية المريض.

الفصل الثالث
التخطيط الأيقوني للدارات
Orbisikonographie

الوظائف الحيوية

:Bian Que

يُرجح أن الطبيب Bian Que عاصر الفيلسوف كونفوشيوس في القرن السادس قبل الميلاد. وهو يُعَدّ، إلى جانب الحاكمين الأسطوريين Shen Nong – «حكيم الأدوية» و«معلم الزراعة»، وHuangdi – «الأمير الأصفر» و«ملك الطب» – من الأطبّاء العشرة الذين يبجّلهم الصينيون منذ القدم في «معابد الطب». ولاسم Bian Que لدى الكثيرين الوقع الأفضل من بين الأطبّاء كافة. فقد كان بإمكانه، حسب الأسطورة، النظر إلى داخل الإنسان وملاحظة الدوائر الوظيفية للقلب والرئة، للطحال، للكبد والكلية مباشرة والتعرّف على أمراضها.

ويفترض أن Nanjing الشهير، «المؤلَّف الكلاسيكي للاعتراضات»، يرجع إلى Bian Que، ولو أنه يمكن القول اليوم، بكل تأكيد، أنه من غير الممكن أن يكون قد ألّف بنفسه هذا

العمل الموضوع في القرن الثاني بعد الميلاد. يُعتبر Nanjing نصّاً على جانب كبير من الأهمية في الأدب الطبي الكلاسيكي في الصين، جرى فيه توضيح الكثير من المشاكل النظرية وصقل وتدقيق ومتابعة تطوير النظريات التي نُوِّه إليها مجرّد تنويه في «المؤلَّف الكلاسيكي للأمير الأصفر»، ومنها على سبيل المثال تشخيص أشكال النبض الكعبري (النبض عند المعصم).

نقرأ في الفصل 105 من Shiji، تاريخ السلالة الرسمي الأوّل، القصّة التالية عن هذا الطبيب الخرافي Bian Que: «مرّ Bian Que خلال جولته ذات مرّة بإمارة Qi، فدعاه الدوق Huan ضيفاً علاّمة إلى القصر. فقال فور دخوله القصر: «جلالتكم مريض. والمرض لم يزل في المسامات فقط. وإن لم يُعالج سوف يتغلغل إلى العمق». وردّ عليه الدوق Huan قائلاً: «ليس لدينا أيّ مرض». وبعد أن انصرف Bian Que، قال الدوق Huan لمن حوله: «لا يفكِّر الأطبّاء سوى بالمكسب! يودّون الحصول على أجورهم من معالجة الناس غير المرضى على الإطلاق». بعد خمسة أيام مثل Bian Que ثانيةً بين يديّ الدوق: «جلالتكم مريض. والمرض في طرق التوصيل. وإذا لم يُعالج أخشى أن يتغلغل في العمق». وغادر Bian Que. أما الدوق Huan فكان مستاءً. وبعد خمسة أيامٍ أخرى ظهر Bian Que. لمقابلته مرّة أخرى: «جلالتكم مريض. والمرض بين الدائرتين الوظيفيتين: الأمعاء والمعدة. وإذا لم يُعالج فسوف يتغلغل أكثر عمقاً بالتأكيد». لم يجب الدوق Huan، وانصرف Bian Que. وكان الدوق Huan مستاءً ومتذمّراً. ومرّة أخرى بعد خمسة أيام مثل Bian Que بين يديه، ولكنه بمجرّد رؤيته الدوق من بعيد، انسحب متراجعاً على الفور.

أرسل الدوق Huan خادمه ليسأل عن سبب هذا التصرّف. فأجاب Bian Que: «عندما كان المرض يقبع في المسامات، كان بالإمكان النيل منه بواسطة المغاطس والتطبيقات الساخنة. وعندما كان يقبع في طرق التوصيل، كان بالإمكان إزالته بالإبر والأحجار الحادّة. وعندما كان يقبع بين الدائرتين الوظيفيتين: الأمعاء والمعدة، كان بالإمكان معالجته بالنبيذ والأدوية. أما الآن، حيث يقبع في العظام والنخاع، فإن وصيّ القدر ذاته (وهذا يعني موظّف العالم الآخر المسؤول عن العمر المكتوب لكل إنسان) يقف عاجزاً أمامه. الآن، حيث يستوطن المرض العظام والنخاع، لم يعد هناك أيّ معنىً لطلب استشارتي». وبعد خمسة أيام أخرى أُصيب الدوق Huan بمرضٍ في جسده. فأرسل خادمه في طلب Bian Que. إلا أن هذا الأخير كان قد هرب في تلك الأثناء. وبعدها مات الدوق Huan».

النظرة الصافية للأطبّاء القدامى:

«النتيجة: مثلما يعرف المثاليّ كيف يؤول العلامات الأولى لتطوّرٍ ما بشكل مسبق، كذلك يمكن للطبيب البارع أن يعمل انطلاقاً من أتفه الأعراض، ويقضي على المرض، ويسلم المريض. إن شرّ المرض هو التنوّع الشديد للمظاهر المرضيّة. أما شرّ الأطبّاء فهو عدم معرفتهم سوى القليل جدّاً من أساليب معالجة الأمراض».

ونقرأ بعد في سيرة Bian Que: «هناك ستة أنواع من الأمراض غير القابلة للشفاء:

1. التكبّر والتعسّف اللذان لا يحترمان العقل؛

2. الاستخفاف والاستهانة بالشخصية السليمة وإعطاء الاعتبار والتقدير للثروة؛

3. الملبس والغذاء غير الملائمين وغير اللائقين؛

4. الخلاف والتنافر بين Yin وYang وعدم استقرار الطاقة الفاعلة الناجم عن ذلك (والمقصود هنا التنفّس المضطرب في إيقاعه جرّاء التعجّل والانهماك، وبالتالي اضطراب إيقاع الحياة بكاملها)؛

5. الدنف التام (الإعياء الكليّ) الذي لا يعود بالإمكان نتيجةً له تناول أيّة أدوية.

6. الوثوق بالساحر بدلاً من الوثوق بالطبيب (الذي يعالج بشكلٍ منطقيّ ومعقول).

فلو وُجدت واحدة فقط من هذه العلامات، يكون من الصعوبة بمكان تقديم العون للمريض؛ وعلى الطبيب أن يُحجم عن معالجته كلّيّاً».

هذه الآراء الجديرة بالاعتبار ثبّتها الصينيون مسبقاً في سفرٍ تاريخيّ من القرن الثاني قبل الميلاد. صحيح أننا لا نعلم ما كان ينقص الدوق Huan في الواقع، ولكنه تصرّف كمريض الطب الغربي، ويمكننا القول بشيء من الثقة إنه كان بحاجة إلى طبيب غربي من المرجّح أنه كان بإمكانه تقديم العون له.

ومن جهة أخرى يبيّن هذا المثال التاريخيّ لقصّة مرضيّة مدى انعدام القدرة لدى الأطبّاء الغربيين في هذه الأثناء على التعرّف المبكر على المرض.

التعرّف المبكر على المرض:

لا يمكن فهم تصرّف Bian Que إلا عندما يتقبّل المرء التصوّرات الصينية عن المرض وأخلاق الفعل الطبي القائمة عليها. ويتجلّى ذلك بأوضح صورة في Suwen، في «الأسئلة الأساسية» لـ «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»، حيث يرى كونت Qi أن «المثالي لا يشفي المرض المتظاهر مسبقاً، بل المرض الذي لم يتظاهر بعد؛ ولا يحسمُ الفوضى الاجتماعية المتمظهرة مسبقاً، بل تلك التي لم تتمظهر بعد. فما أشبه تطبيب المرض الذي اكتمل تكشّفه مسبقاً، وتنظيم الفوضى الاجتماعية التي عمّت كل مكان، بشروع المرء بحفر البئر لحظة شعوره بالظمأ، أو ببدء المرء بصنع الأسلحة بعد تورطه في القتال. أليس ذلك بعد فوات الأوان»؟

وجاءت الفكرة ذاتها في Nanjing: «الطبيب الماهر يعالج الأصحّاء، ولكن الطبيب الرديء يعالج المرضى».

هذا ما يقتضي من الطبيب قدراتٍ فائقة. لا بد له من التعرّف على بوادر المرض القادم قبل أن يُصاب المريض بضررٍ بالغ. وذلك لا علاقة بالسحر أو بالحدس الصوفي الغامض. ويُفترض بـ Bian Que أنه قال: «لكافة الأمراض علامات مميّزة موافقة على سطح الجسم، وهي لا تتجاوز الألف zi بكثير. والسمات الحاسمة للأمراض عديدة. ولا يمكن اعتبار الأعوج مستقيماً».

وضوح العلامات:

هذه العلامات عبارة عن حدثيات في الجسم تنفذ إلى السطح فيمكن ملاحظتها. ويسمّيها الصينيون xiang. وهذا يعني مظاهر أو صوراً. وقد تكون هذه المظاهر على سبيل المثال هجمات تعرّق فجائية أو وجهاً شاحباً، كيفية محدّدة للنبض أو مظهر الأجفان، حساسية متزايدة للضغط على نقاطٍ معيّنة على الجلد أو طبيعة الأظافر، تعرّقاً جسدياً مميّزاً أو صفات محدّدة لطلاوة اللّسان.

أما العلم الطبي الذي يربط سائر هذه المظاهر – xiang – مع بعضها بعضاً ومع الحدثيات الكونية: مع الطقس، مع الفصل أو مع موضع الشمس والقمر، فيُدعى Zangxiang، مبحث ظواهر الدوائر الوظيفية أو التخطيط الأيقوني للدارات (Orbisikonographie).

تعبّر الكلمة zang، منذ زمن ما قبل العلم وإلى الآن، في لغة الطبّاخين والجزّارين وربّات البيوت عن «الأعضاء». وقد وجد هذا المفهوم العاميّ، عن طريق الترجمات القاصرة للنصوص الطبية الصينية، مدخلاً إلى الأدب الغربي حول الطب الصيني. فترجمة zang بـ «عضو»، والكلام عن «القلب»، «الكبد»، «الرئة»، «المعدة»، «الكلية»، بمعنى التشريح الغربي (Anatomie)، هي خطأ أساسي وأحد جذور سوء الفهم والأحكام الخاطئة العديدة التي يتعرّض لها طب الشرق الأقصى في الغرب باستمرار. ولا يمكن لأيّ نص يستند إلى مثل هذه المفاهيم التشريحية المادّية أن ينقل الطب الصيني بصورة مناسبة.

التكوكب الطاقوي:

كما أبرزنا سابقاً، يقوم الطب الصيني التقليدي على النظرة التركيبية – الاستقرائية إلى العالم. ويركّز الأطبّاء الملتزمون به على الواقع الدينامي للحدثيات الحيوية؛ فنظريّته طاقوية بالخاصّة. والإنسان في تصوّر الصينيين عبارة عن qi، تكوكب طاقوي محدَّد، وليس جسداً تسكنه الروح أو النفس – كما في الغرب. وتبعاً لذلك يَعتبر الصينيون حياة شخصية ما الحدث الميكروي الحيوي، نظاماً وتضافراً لتكوكباتٍ طاقوية مختلفة. وليس لديهم معارف غير منظَّمة وناقصة للغاية عن الأحوال الجسدية لهذا الحدث – أي عن الأعضاء، الأعصاب، الأوعية والدم الجاري فيها، عن العضلات، العظام والأوتار–. وذلك ليس لأن الصينيين كانوا قد لاقوا صعوبات في إدراك هذه الأمور مثلاً، وإنما لأنها لا تتمتّع في سياق نظرية الطب الصينية سوى بأهمية ثانوية. الأمر الذي يُعتبر برهاناً متطرّفاً على إثبات كُوْن أن النظرية تحدِّد المواضيع التي يدركها علمٌ ما والمواضيع التي لا يراها مطلقاً وكان المفكر العلمي الأمريكي ن. ر. هانسون قد ساق إثباتات مشابهة، قبل كُوْن، بنظريته عن «المحمول النظري لكافة المشاهدات». وتبعاً لهذه النظرية يؤوِّل كل باحث ملاحظاته التجريبية في ضوء نظرية معطاة مسبقاً. وقد أحال هانسون تلك التصوّرات الأخرى حول

ملاحظات يُزعم أنها حيادية وسارية وقابلة للتكرار من قبل أيّ ملاحظ، إلى مملكة الأوهام الفلسفية الكاذبة[50].

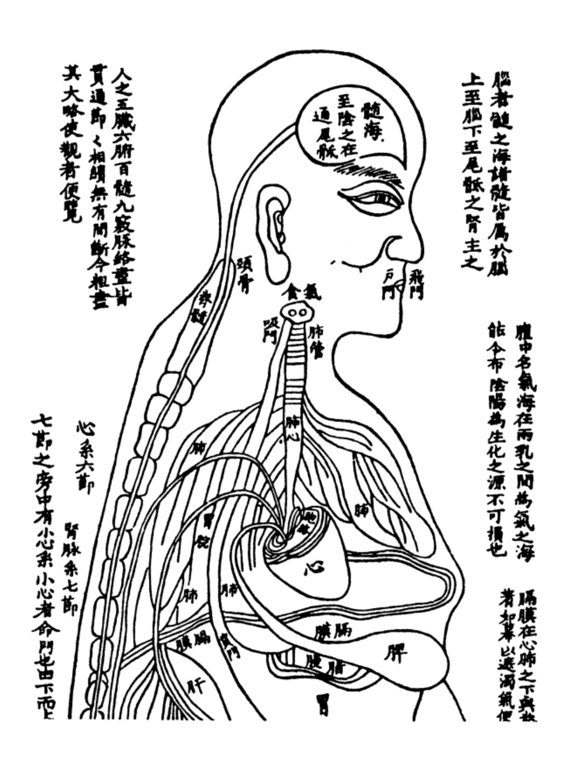
الدارة (Orbis):

تبعاً لنظريتهم الطبية الخاصّة يعني الصينيون بـ zang ركيزةً جسدية معالمها غير محدَّدة بوضوح مكانياً ومادّياً، ولكن في الوقت نفسه منظومةً متشابكةً ومتعلّقة ببعضها بعضاً من الوظائف المحدَّدة بدقّة بالغة زمنياً وكيفيّاً، أي تبعاً للاتّجاه. وأفضل تسمية يمكن أن نطلقها على هذه المنظومة هي دائرة وظيفية أو التعبير اللاتيني Orbis = دارة.

ولكن ما الذي يجعل من مبحث الدوائر الوظيفية الصيني، التخطيط الأيقوني للدارات، علماً عقلانيّاً مستقلاً؟ وما هي السمات التي تحدّده وتفصله عن الطب الغربي؟

الشكل **رقم (2):**

رسم يوضّح العلاقات التخطيطية – الأيقونية بين الدارات في كتاب Zhenjiu Jicheng («الموجز في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي»). ويتعلّق الموضوع هنا بتصوير متأخّر نسبيّاً ظهر في عام 1874، أي في زمن كانت فيه النظريات التشريحية في الطب الغربي قد انتشرت في اليابان منذ قرنين من الزمن تقريباً، وفي الصين منذ نصف قرن في كل الأحوال. ومع ذلك يبدو هذا التصوير غير متأثر تقريباً بهذه النظريات الغربية: فعلاقات الدارة القلبية، «الدارة الأميرية» بالدارات الطحالية، الكبدية والكلوية يتم توضيحها بوصلات مباشرة. والعلاقة بالدارة الرئوية يتم عرضها بحيث أن «الأنبوب الرئوي» يصبّ مباشرةً في الدارة القلبية («القلب»).



عندما يتحدّث الأطبّاء في أمريكا أو أوروبا عن نموّ مضطرب أو عن نومٍ قلق، عن إنهاك أو وهنٍ بسبب الشدّة النفسية، عن القلق أو الغثيان، عن الجوع أو العطش، فهم للوهلة الأولى لا يفعلون شيئاً مختلفاً عمّا فعله زملاؤهم الصينيون الأسبقون: فهم يتكلّمون عن حدثيات حيوية واضطراباتها دون أيّ ذكر لأجزاء الجسم التي يمكن أن تكون مشاركة فيها أو متضرِّرة منها. فالأطبّاء الغربيون كذلك سوف يقيّمون هجمات التعرّق الحادّة مع درجة حرارة منخفضة كعرض مرضيّ. بل إن المراقبين السطحيين قد يعترضون قائلين إن الأطبّاء خارج الصين أيضاً يقومون بجسّ النبض وتفحّص طلاوة اللّسان.

مقولات كمية:

ولكن إذا افتُرِضَ بالمقولات حول الوظائف أن تحظى بالأهمية العلمية في الطب الغربي، فلا بد من ربطها بمقولات كمية حول الركيزة الجسدية. فالأطبّاء الغربيون ينشدون تحديد مكان الاضطرابات وإثبات أسبابها. لذلك تُؤخذ الصور الشعاعية وتُعاير الهرمونات، تُؤخذ الخزعات ويُحلَّل البول، يُفتَّش عن البؤر الإنتانية ويتم إصلاحها، ويتم إجراء التعداد العام والصيغة الدموية ...إلخ.

وفي التشخيص المخبري لم يعد يُفحص المرضى، وإنما مجرّد عيّنات مادّية مأخوذة منهم، وفي بعض الأحيان بطريقة معقَّدة. وعندما لا تسفر هذه الفحوص عن أيّة موجودات، ليس بإمكان الطب العلمي الغربي أن يقول شيئاً حول المرض الموجود. ولكن كما هو من الممكن أن لا تعمل آلة ما أو سير ناقل ما بشكلٍ صحيح، رغم أن كافة أجزائه سليمة وعلى ما يرام – وذلك لأن التوجيه الإلكتروني يُبدي خللاً ما على سبيل المثال–، كذلك فقد يكون الواقع الوظيفي لدى الإنسان مضطرباً ويضرّ بكفاءته وقدرته على الإنجاز، رغم أن الفحوص التشريحية والنسيجية والبيوكيميائية لم تقدِّم مرتكزات من أجل ذلك، خصوصاً عندما يقع مصدر الاضطراب خارج الشخصية المعنيّة، على سبيل المثال في مكان العمل أو في البيئة.

تركيب:

وهنا يأتي دور الطب الصيني. فعلى عكس الطب الغربي، يربط الطب الصيني الوظائف الحيوية المضطربة مع سائر الحدثيات والمؤثرات المتزامنة ذات الأهمية في العالم الأصغر (الإنسان) وفي العالم الأكبر (الكون). وهو يميّز كيفيات نبض تصل إلى 30 كيفية نبض مختلفة تجعله يقف على حالة الدوائر الوظيفية. وبإمكانه التأثير على الواقع الطاقوي في الجسد بشكل مباشر عن طريق بضع مئات من نقاط التنبيه المهمّة علاجيّاً بواسطة وخزها بالإبر. إنه يفحص ويسجِّل كل ما يُدرَك على سطح الجسم: لون وشكل وحركية وقوّة جسم اللّسان، اصطباغ وامتداد ورطوبة وانزلاقية ولزوجة ومتانة والتصاق طلاوة اللّسان، تضرّر كفاءة أعضاء الحواس (دون اعتبارها عادةً مرضاً مستقلاً، وإنما على الأرجح دلالة على اضطراب دائرة وظيفية معيّنة)، نوعيات إفرازات الجسد، حالة البطن، السلوك الكلامي وغيرها الكثير.

تعريف التخطيط الأيقوني للدارات:

يحصل الأطبّاء الصينيون على معلوماتهم وبياناتهم الأساسية – على نحو لا يكاد يختلف عن الطبيب الغربي – عن طريق استجواب وتأمّل مرضاهم، وعن طريق الجسّ والشمّ والإصغاء. والمعطيات التشخيصية المفردة التي يتم جمعها بهذه الطريقة لا تُعتبر بأيّ حال الموجود

بحدّ ذاته، وإنما تؤلِّف مجرّد المعلومات البدئية لذلك. فلا بد أولاً إرجاعها إلى الدائرة أو الدوائر الوظيفية المصابة. وكما هو الحال في الفسيفساء يتم تجميع الموجودات المفردة إلى صورةٍ إجمالية للمرض.

ويقوم هذا الإجراء على الافتراض التالي: كل مرضٍ محدّد يؤدّي في كل حالة لدى المريض إلى تغيّرات مميّزة في الظواهر الحيوية يمكن أن تصبح في متناول الملاحظة في مواضع مختلفة من سطح الجسم، وبالتالي يمكن إثباتها في النبض، على اللّسان، في العينين والأظافر، في نمط الكلام والتنفّس ...إلخ. علاوة على ذلك يرتكس الجسم على المؤثرات الكونية بطريقةٍ محدَّدة تُطلعنا على الحالة الصحّيّة أيضاً. لذلك يمكن وصف التخطيط الأيقوني للدارات في مقاربةٍ أوّليّة بأنه كاتالوج للمطابقات الوظيفية، نظام مؤكَّد جيّداً بالخبرة والتجربة لتأثيراتٍ تتظاهر بصورة مشروطة تبادليّاً.

الصوت والكلام:

من الأمور الواضحة وضوح الشمس في كل أنحاء العالم أن الفرح والسرور، الحزن والمعاناة، الحب والكراهية، الأمل والخيبة، وذلك الإنهاك الجسدي أو العديد من الأمراض تنعكس في صوت المصاب أيضاً. ويعرف أفراد العائلة أو الأصدقاء كيف يؤوّلون الاختلافات في أصوات بعضهم بعضاً بدقّة كبيرة. ولكن ما ينقص الغرب هو الإدراج الصريح ذو المصداقية لمثل هذه السمات في منظومة علمية. صحيح أنه لدينا «خبرات»، وهذا يعني معارف تجريبية محضة، ولكنها غير منظَّمة، ونعرف كيف نخمّن بدقّة ما إذا كان الوالد «متوتّراً»، «متعكّر المزاج»، أو ما إذا كان في وسعنا التماس زيادة في الراتب من المدير، ولكن تنقصنا النظرية التي تمكِّن من البحث المنهجي المنظَّم للمسات الصوتية بالنظر إلى أمراضٍ محدَّدة. ولهذا السبب ينتهي الأطبّاء الغربيون إلى تفاهة مثل هذه السمات.

والحال يختلف في الطب الصيني، حيث تزوِّد البيانات حول الصوت والسلوك الكلامي الطبيب، بدلالات مهمّة على الحالة الصحّيّة للدوائر الوظيفية. فالطبيب الصيني يستنتج من نمط انحراف صوت الإنسان عن التناغم المعتاد إجهاداتٍ وشذوذات في دوراتٍ طاقوية محدَّدة تماماً.

منذ 2200 سنة يدخل في علم الطب وتعليمه في الصين أن مريضاً يُبدي صوتاً باكيّاً أو يميل إلى البكاء بشكلٍ ملفت، يعاني من عدم استقرار في الدائرةِ الوظيفية – الرئة (الدارة الرئوية): فالجهة الموقِّعة (أو الصانعة للإيقاع) تكون مضطربة؛ الدائرة الوظيفية تكون مرهَقَة وبذلك تخرج عن إيقاعها. أما إذا كان المريض يميل إلى الغناء بشكلٍ ملفت أو يطلب سماع الموسيقا باستمرار، فمن الجائز لنا أن نستنتج احتداداً في الدائرة الوظيفية – الطحال (الدارة الطحالية). فهذه الدارة مسؤولة عن التوزيع المركزي للطاقة في الشخصية، وتوجِّه التبادل بين سائر الدوائر الوظيفية الأخرى.

أما المريض الذي يدير أحاديث غير مترابطة، ويبدِّل الموضوع بصورةٍ مفاجئة أو يدخل في مونولوجٍ (أو حديثٍ مع النفس) دون مبرّر واضح، فإنه يكشف عن إنهاكٍ أو استنفاد في الدائرة الوظيفية – القلب (الدارة القلبية). وهي الدائرة الوظيفية التي تنسّق كافة الوظائف، وبذلك تضفي على الشخصية طابعها الفردي المميّز. أما إذا ندّت عن المريض تأوّهات وأصوات دون كلماتٍ واضحة، فتكون الدائرة الوظيفية – الكلية (الدارة الكلوية) مُصابة. ويقرن الصينيون بهذه الدارة الكيفيات التي تمنح الشخصية قوّة الشكيمة، أي الهيكل العظمي من جهة، والطبيعة البنيوية الفطرية، أو كما يقال في الطب الغربي، الوظائف العصبية من جهة أخرى. أخيراً فإن المريض الذي يميل إلى النداء والصراخ يكشف عن إجهادٍ في دائرته الوظيفية – الكبد (الدارة الكبدية) التي تستوطن فيها القوّة الكامنة لروح التصميم والمبادرة في سائر الأفعال، في كل شكل من أشكال السلوك الهادف إلى غاية محدَّدة، وكذلك في القدرة على اتّخاذ القرار.

سوف يسأل الطبيب الغربي: كيف يُفترض أن يستطيع المرء مثلاً الاستدلال على حالة الكبد أو الكليتين أو أحد الأعضاء الأخرى من السلوك الكلامي؟ وبذلك يُخضع الصينيين فوراً للتفكير الموجَّه عضويّاً من جديد، رغم أنهم لم يفكّروا أبداً، ولو من بعيد، بالعضو المعني الذي سُمِّيت الدائرة الوظيفية باسمه. كما أن أيّ طبيبٍ صيني لن ينشد إقامة تشخيصه على فحص الصوت وحده. وسوف يقرّ ببساطة أن الصراخ المرتفع أو الحديث غير المترابط ليس من الضروري أن يكمن سببه في إجهاد الدائرة الوظيفية الموافقة بدئيّاً وفقط دون غيره. (ولكن الطبيب الغربي أيضاً لا ينشد إقامة موجوداته على أعراضٍ مفردة مثل الحمّى، الصداع أو تسرّع النبض). وينظر الأطبّاء الصينيون إلى أيّ موجود على الدوام في السياق العام لسائر علاقات التأثير في الدائرة الوظيفية. ويعرفون كيف يَزِنون المعطيات كلاً على حدة بشكلٍ متباين أثناء وضع تشخيصهم.

الروائح:

ومن هنا فإن الطبيب الصيني لن يبالغ في تقييم موجود الصوت بالتحديد، سيما وأن المريض بإمكانه تغيير صوته أيضاً. الأمر غير اليسير أو غير الممكن على الإطلاق في السمات الأخرى – بصرف النظر عن السؤال: لماذا يُفترض بالإنسان تضليل الطبيب، وهو الذي يتوقّع العون منه –، وعلى سبيل المثال في الرائحة المميّزة. فالتشخيص يكتسب معالمه سلفاً عندما يسجِّل الطبيب، إضافةً إلى الصوت الباكي، رائحة لحم أو سمك نيئ لدى مريضه. وبإمكانه عندئذٍ تركيز تشخيصه بصورة هادفة على الدائرة الوظيفية – الرئة. أما الدائرة الوظيفية – الطحال فتوافقها روائح عطرية زكية، والدائرة الوظيفية – القلب تعرّقات ذات رائحة نفّاذة ولاذعة. وفي اضطرابات الدائرة الوظيفية – الكلية تكون الرائحة نتنة، وأخيراً فإن المريض ينشر رائحة بول وتعرّق حامض عندما تكون دائرته الوظيفية – الكبد مجهدة.

عموماً يعرف الطب الصيني العشرات من هذه المعايير التي تسمح للأطبّاء بتقييم حالة الدوائر الوظيفية لمرضاهم، من العلاقة بفصولٍ محدَّدة من السنة إلى الارتكاسات النفسية، من النباتات الموافقة إلى الألوان المميّزة كيفيّاً. غير أن كيفية النبض النوعية، بوصفها سمةً مهمّة في كل حالة، نشأت بصورة مبكرة، ومن المدهش ما يمكن للمشخّصين المتمرّسين الحصول عليه من معلومات عن طريق جسّ النبض وحده عند معصم اليد (النبض الكعبري) حول مجمل الحالة الطاقوية لدى المريض. ويُعتبر النبض إلى حدّ ما المحطة الأخيرة التي تضفي على التشخيص الثقة واليقين.

إذا عرف الطبيب السمات العديدة للواقع الوظيفي واضطراباته وعرف كيف يرتّبها في السياق العام، فإن في وسعه وضع تشخيصات تفريقية أكيدة ومتمايزة للغاية. وبهذا المعنى يجب فهم عبارة Que المنقولة آنفاً: «إن السمات الحاسمة عديدة، ولا يمكن اعتبار الأعوج مستقيماً».

التكامل الوثيق لمعطيات الملاحظة:

لا إنه لا يكفي، من أجل طب علمي، إلحاق ملاحظات مفردة بدوائر وظيفية محدَّدة. ولا بد من تأويل المعلومات المجموعة على هذا النحو لتشكّل أساس إنذار سير المرض. ويمتلك التخطيط الأيقوني للدارات لهذا الغرض، مثل أيّ علم عقلاني، منظومةً من القواعد. وبالتالي فهو عبارة عن الوصف العام والمنظّم للحدثيات الطاقوية الجارية في الشخصية – وهنا سيقول الطب الغربي بصورة أضيق: في العضوية البشرية – والتي تؤلِّف بنية التأثير المتشابكة بانتظام والملاحظة تجريبيّاً. يوصِّف التخطيط الأيقوني للدارات تلك السياقات النوعية للتأثيرات من جهة، ويميّز الأشكال المختلفة كيفيّاً من الطاقة الجارية في الدوائر الوظيفية من جهة أخرى. وبذلك يُعتبر التخطيط الأيقوني للدارات المقابل القطري للتشريح الغربي، وليس تطابقه المماثل بالمعنى. لذلك من الخطأ والمضلّل موضوعيّاً وصف التخطيط الأيقوني للدارات بأنه «التشريح الصيني»، وذلك كما فعل مؤلّفون غربيون مختلفون.

من أبرز إنجازات نظرية الطب الصينية دون أدنى شك، أنها جمعت عدداً كبيراً من الظواهر والحدثيات الوظيفية بكل جوانبها المادّية – الحيوية، النفسية والاجتماعية أيضاً، في عدد يمكن الإحاطة به من الدوائر الوظيفية، وبحثت الحتميات الجارية فيها بصورة منهجية منظَّمة.

ويتحدّد الفكر التركيبي – الاستقرائي السائد في ذلك بسماتٍ مختلفة، من بينها الانطباع الحسّي المُعَاش مباشرةً ودورة أو العودة الدائروية للظواهر الأكثر عمومية وأهمّية. ويُنظر إلى الحدثيات الحيوية والحدث المرضي دوماً في تعلّقها بموضع الشمس وبالتالي بالمؤثرات الزمنية اليومية والفصلية، وبالاختصار المناخية. تقول إحدى قواعد Suwen، «الأسئلة الأساسية» في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»: «إذا ساد المرض في الدائرة الوظيفية – الكبد، فإنه يُشفى في الصيف. إذا لم يُشف في الصيف، فإنه يتفاقم في الخريف. وإذا لم يمت المريض مع ذلك، فإنه يستمرّ في الشتاء وينهض في الربيع... من يصاب بمرضٍ في الدائرة الوظيفية – الكبد، فإنه يختبر في الصباح فتوراً في الظواهر المرضيّة، وبعد الظهر تفاقماً فيها، وحوالي منتصف الليل هدوءاً أو طمأنينة».

إن ما يحدث في الدوائر الوظيفية لا يراه الصينيون على أنه حدثية جارية بصورة متساوية ومنتظمة، وإنما بوصفه برنامجاً بيولوجيّاً معقّداً – إذا أردنا استخدام عبارة عصرية –. وهذا ما يتم في منظومة نظرية الطب عن طريق إلحاق الدوائر الوظيفية بأطوار التحوّل الخمسة وفصول السنة

الموافقة وبالارتباط مع موضع الشمس والقمر، أي مع التوقيت اليومي. إضافة إلى ذلك تتشابك أطوار التحوّل بدورها، عن طريق عدد كبير من المطابقات، مع الكون الأكبر. وهكذا يُلحق بالدائرة الوظيفية – الكبد مثلاً طور التحوّل – الخشب، الربيع، الشرق والصباح. وتسمح القواعد التابعة لذلك بوضع إنذارات دقيقة أو استنتاجات من أجل المعالجة الصحيحة.

كثيراً ما تُثير هذه المطابقات (مثلها مثل الفكر الصيني إجمالاً»، منظوراً إليها بشكلٍ منعزل، إعجاب المراقبين الغربيين. ويُدّعى في بعض الأحيان أنها تحثّ على تأمّلات نظرية مبهمة لا يعود لها أيّة صلة بالعلم التجريبي. ولا جدال أبداً في أن الطب الصيني تعرَّض لمثل هذه الإغراءات. ولم يكن من غير مبرّر توجُّه Bian Que ضدّ السحر والخرافات في الطب، عندما رأى أن المرضى الذين يؤمنون بذلك لا يمكن تقديم العون لهم أصلاً، لا بل ينبغي على الطبيب أن لا يُقدِم على معالجتهم أساساً.

أساس تجريبي:

ولكن كل الاعتراضات لا تنطبق على المطابقات المُثبتة تجريبيّاً. أضف أنه ليس عيباً بالتأكيد، وإنما شرطاً ضروريّاً للنظريات العلمية، أنها تحثّ على التأمّلات. فالعلم والبحث دون فكرٍ تأمّلي مستحيلان أصلاً. وقد وُجِد في كل العصور علماء طرحوا بنيانهم الفكري النظري أولاً، ليُصار بعد ذلك فقط إلى التفتيش عن البرهان التجريبي. والمثال البارز على ذلك في قرننا الحالي هو آلبرت آينشتاين. إذن لماذا يكون مريباً في الفكر الصيني ما يُعتبر في كل مكان أمراً بديهيّاً؟ إن ما يمكن الطعن فيه ليس التأمّل النظري، وإنما فقط التخلّي عن اختبار المقولات المكتسبة على هذا النحو عن طريق الملاحظة. وعندما لا يتم التوصّل إلى البرهان، فلا بد للعالِم من أن يكون مستعدّاً لإعادة النظر في أفكاره التأمّلية أو العدول عنها. إلا أنها سمة نوعية للنظريات العلمية بالتأكيد، عندما تفتح ميداناً واسعاً لتأمّلاتٍ جديدة.

قد يبدو ذلك في أوّل الأمر مجرّداً إلى حدّ ما؛ لذلك نودّ توضيح الأقوال بالأمثلة. ويجب أن يكون سؤالنا: متى تكون مطابقةً ما، إلحاق لمعلومة أو بيان ما بدائرة وظيفية معيّنة مفيداً ومعقولاً علميّاً؟ أو بشكل محدَّد تماماً: لماذا يطابق النداء والصراخ في التخطيط الأيقوني للدارات الدائرة الوظيفية – الكبد، وليس الدائرة الوظيفية – الطحال مثلاً؟ تنصّ إجابةٌ أولى: لأن هذه المطابقة

تسمح بصياغة قاعدة، ألا وهي: المريض الذي يميل إلى النداء والصراخ مريض مصاب بالدائرة الوظيفية – الكبد. على أنه يمكن صياغة هذه الإجابة من وجهة نظرية، وبالمشروعية ذاتها، بالنسبة للدائرة الوظيفية – الطحال أيضاً، وتقول القاعدة عندئذٍ: المريض الذي يميل إلى النداء والصراخ مريض مصاب بالدائرة الوظيفية – الطحال. وهكذا نتابع السؤال: ما الذي يميّز القاعدة الأولى عن الثانية؟

من المرجّح أن طبيباً صينيّاً سوف يجيب دون تردّد: القاعدة الأولى حقيقية وصادقة، أما الثانية فخاطئة. ولكننا مع ذلك نودّ أن نكون أكثر حذراً وحرصاً في صياغتنا: فقد أثبتت التجربة للصينيين القاعدة الأولى بصورة جيّدة، بينما لم تثبت الثانية. والقاعدة الأولى تزوِّدهم بدلالة تشخيصية جيّدة من أجل الفحوص الهادفة الأخرى.

وينتج عن ذلك إثبات مزدوج: من جهة أولى هنالك في التخطيط الأيقوني للدارات قاعدة لكل مطابقة، أثبتت صلاحيتها وجدواها طبّيّاً. ومن جهة ثانية يصحّ أيضاً أنه عندما لا تمكِّن المطابقات المسلَّم بها في المراجع من صياغة قواعد طبية مفيدة، لا بد عندئذٍ من استبعادها أو إهمالها في السياق الطبي. ويتمتّع هذا الاستحقاق بأهمية حاسمة فيما يخصّ كافة المساعي المبذولة في سبيل إعادة بناء نواة الطب الصيني العلمية وتحريره من إضافات وملحقات القرون الأخيرة الفاسدة.

قيمة المطابقات:

يتم في التخطيط الأيقوني للدارات وصف كل دائرة من الدوائر الوظيفية الاثنتي عشرة من خلال حوالي دزينتين من السمات الكيفية. وبذلك يتم تحديدها في الوقت نفسه عن الدارات الأخرى بشكل صريح. ويُضاف إلى ذلك قوائم سمات الدارات الفرعية. ويثبت التخطيط الأيقوني للدارات، مع منظومة القواعد التي تحدِّد المطابقات وتُخضع سلوك الطبيب والمريض لنظامٍ علميّ أيضاً، أنه تمثيل متمايز بصورة كافية للواقع الوظيفي في شخصية سليمة. ويُعتبر المرض انحرافاً عن الوضع الطبيعي. ويجري في باتولوجيا الدارات توصيف وعرض الصور المرضيّة المختلفة بشكلٍ دقيق.

مع ذلك فإن منظومةً علمية، يتم فيها عرض الواقع الحيوي عند الإنسان بكامله ببضع مئات من السمات الكيفية والقواعد التابعة بها، تمثل في الوقت نفسه، ومهما بلغ التمايز، تبسيطاً نافعاً. وبذلك يبقى بالإمكان الإحاطة بالتخطيط الأيقوني للدارات، كما يبقى هذا الأخير قابلاً للتطبيق في ممارسة الطب الصيني على نحو يسير ومضمون نسبيّاً. كما أنه لدى التطبيق المدرسي والدقيق ليس هناك أيّ خطر تبسيط غير مشروع، إذ إن الطبيب الصيني ينظر إلى كافة سمات الدائرة الوظيفية المعنية في تضافرها وأدائها الجماعي. ورغم البساطة النسبية للقواعد التي يستند إليها، فإنه يحصل على موجوداتٍ فائقة التمايز يمكن أن تكون دقيقة لدرجة أن مريضين لا يُبديان الصورة نفسها أبداً؛ فكل تشخيص يكون في منتهى الفردية وينسجم تماماً مع شخصية المريض. وفي وسعنا مقارنة هذه الحال مع لعبة الشطرنج، حيث يمكن لقواعد اللعبة البسيطة جدّاً مع العدد المحدود من القطع الموزّعة على 64 حقلاً، أن تتمخّض عن توافقات لا حصر لها عمليّاً. ورغم ذلك فإن اللاعبين المتمرّسين يسيطرون على الرقعة ولا يضطربون في أيّة مرحلة من اللعبة، حتّى في الأوضاع التي لم يشهدوها من قبل أبداً.

إن أهم توصيف للدوائر الوظيفية هو تمييزها تبعاً لـ Yin وYang، وكذلك تبعاً لأطوار التحوّل الخمسة. ويجري في العلوم الصينية عمليّاً تسخير هذه المعايير العرفية العالمية لتقييم سائر الحدثيات في الطبيعة وفي الحياة الاجتماعية؛ وبالتالي لترتيب الحدثيات الحيوية أيضاً في سياق الحدث الكوني.

الدوائر الوظيفية

تقسيم الدارات:

انطلق الطب الصيني أساساً من إحدى عشرة دائرة وظيفية، خمس دارات تخزين (باللاتينية: Orbes horreales) وست دارات عبور (باللاتينية Orbes aulici). **دارات التخزين** هي دارات – Yin؛ فهي تختزن الطاقة البنائية الكامنة، دون أن تدع شيئاً يتسرّب. أما **دارات العبور** فهي على العكس دارات – Yang، يتم عبرها امتصاص الطعام السائل والصلب وتحويله، وتحريك العصارات الفاعلة والبنائية. ولكنها لا تختزن شيئاً. (هذه التعريفات عبارة عن تطبيق تأويلات عرفيّ القيمة العالميين Yin وYang، المعطاة مسبقاً، على الدوائر الوظيفية).

قبل أن ندخل في العرض المفصَّل لمظاهر الدوائر الوظيفية كل على حدة، أي في التخطيط الأيقوني الفعلي للدارات، نودّ بدايةً أن نعدّدها بأسمائها العربية، الصينية واللاتينية:

دارات التخزين الخمس:

الدائرة الوظيفية – الكبد (**gan**؛ Orbis hepaticus)،

الدائرة الوظيفية – القلب (**xin**؛ Orbis cardialis)،

الدائرة الوظيفية – الطحال (**pi**؛ Orbis lienalis)،

الدائرة الوظيفية – الرئة (**fei**؛ Orbis pulmonalis)،

الدائرة الوظيفية – الكلية (**shen**؛ Orbis renalis)،

دارات العبور الست:

الدائرة الوظيفية – المرارة (**tan**؛ Orbis felleus)،

الدائرة الوظيفية – المعي الدقيق (**xiaochang**؛ Orbis intestini tenuis)،

الدائرة الوظيفية – المعدة (**wei**؛ Orbis stomachi)،

الدائرة الوظيفية – المعي الغليظ (**dachang**؛ Orbis intestini crassi)،

الدائرة الوظيفية – المثانة (**pangguang**؛ Orbis vesicalis)،

«مجال الحرارة الثلاثي» (**sanjiao**؛ Orbis tricalorii)، ويُسمَّى أيضاً «tricalorium»). (انظر الجدول صفحة 107).

وتُعتبر الدائرة الوظيفية الأخيرة أبرز مثال على أن الدارات كلاًّ على حدة لا صلة لها بالأعضاء (الغربية) المعنية التي سُمّيت باسمها، إلا من بعيد تماماً. إذ إن «مجال الحرارة الثلاثي» لا يطابق بالاسم أيّ عضو. وبوصف الطب الصيني علماً ذا توجّه وظيفي مبدئيّاً، فإنه لا يذكر شيئاً عن الحوامل التشريحية للوظائف. (لتفادي سوء الفهم نقول: هذا لا يعني بالطبع أنه ينكر وجود الأعضاء؛ سوى أنها لا تلعب أيّ دور في سياق نظرية الطب الصينية). غير أنه في وسع المرء، وإكراماً للوضوح (الغربي)، أن يتبيّن أنه يُنسب دوماً لكل عضو منفرد عدد كبير من الوظائف في الحدث الفيزيولوجي، ويمكن لكل عضو، وطبقاً لهذه الوظائف المختلفة، أن يكون مشمولاً في عدّة دوائر وظيفية.

وقد لاحظ الأطبّاء الصينيون، حتّى في العصر الذي وُضع فيه «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»، سلسلةً من الوظائف التي لم يكن بالإمكان ترتيبها في النظام الأصلي للدارات الإحدى عشرة. وهكذا أُضيفت دارة أخرى هي الشبكة المحيطة بالقلب أو التأمور (باللاتينية: Orbis pericardialis؛ بالصينية: xinbaoluo) وست دوائر وظيفية فرعية (paraorbes) وهي: الدائرة الوظيفية – الدماغ (paraorbis cerebri)، الدائرة الوظيفية – النخاع (paraorbis medullae)، الدائرة الوظيفية – العظام (paraorbis ossa)، الدائرة الوظيفية – الشرايين الصينية (paraorbis sinarteriae)، مرّة ثانية الدائرة الوظيفية – المرارة (paraorbis felleus)

والدائرة الوظيفية – الرحم (paraorbis uteri). وتُعتبر الدارة التأمورية، كمكمِّل للمجال الحراري الثلاثي، دارة تخزينية، وبالتالي دارة – Yin (انظر الجدول صفحة 107).

نودّ الآن، بعد هذا التعداد، أن نتناول تلك السمات والظواهر التجريبية الملموسة تماماً (xiang) التي تنفُذُ، في بنية الدوائر الوظيفية كلّ على حدة، إلى السطح، حيث تغدو مرئية بشكلٍ واضح ونوعي في أمكنة محدَّدة تماماً. وبالتالي فهي تتيح للطبيب استنتاجات حول الوضع الوظيفي للدارات، فيما لو كان يعرف كيف يؤوّل الظواهر بشكلٍ صحيح تبعاً للقواعد المحدَّدة، سواء أكانت منفردة أم في تشابكها الكلّيّ.

بداية سوف نهمل اثنتين من أكثر السمات النموذجية أهميةً في الطب الصيني، وذلك للإسهاب في توضيحهما بتفصيلٍ أكبر فيما بعد: أشكال النبض الملحق كل منها بدائرة وظيفية، وطرق التوصيل الطاقوية[51]. وبذلك نحصل في خطوةٍ أولى على توصيفات للدوائر الوظيفية، صحيح أنها غير كاملة، ولكنها واضحة، وسوف يجري إكمالها لاحقاً بالتتالي.

مظاهر الدوائر الوظيفية (نظرة عامّة):

يمكن تقسيم المظاهر (xiang) إلى خمس مجموعات كبيرة:

1. التحديد الأساسي للدائرة الوظيفية هو تحديدها تبعاً لـ Yin وYang وتبعاً لأحد أطوار التحوّل الخمسة. ولما كان الصينيون يوصِّفون بهذه المعايير الكيفية كيفيات أخرى أيضاً (وهذا يعني كيفيات لا تقتصر على الإنسان والطب فقط)، فإن ذلك يتمخّض عن سلسلة من الإلحاقات الأخرى في سياق التخطيط الأيقوني للدارات: مذاق موافق كيفيّاً، zhu أو ما يُسمّى الدائرة الوظيفية المعاكسة التي تختبر فيها الدارة، طبقاً لتسلسل الكبح في أطوار التحوّل الخمسة، توجيهها الفيزيولوجي المعاكس، تمظهر صوتي موافق كيفيّاً (sheng)، الكيفية التجريبية لتكوكبها الطاقوي (qi) ولون مميِّز كيفيّاً (se). ولنذكِّر هنا مرّة أخرى، إضافة إلى المؤثرات الفعّالة المؤذية أو الضارّة بالدائرة الوظيفية، بالقاعدة الأساسية – السارية مع بعض الاستثناءات – والقائلة إن كافة المؤثرات القريبة للدارة ضارّة بالجرعة المفرطة. ولقد أثبت الطبيب السويسري القروسطي «باراسيلسوس» شيئاً

مشابهاً تماماً عندما كتب: «ما الذي لا يعتبر سامّاً؟/كل الأشياء سامّة/ ولا شيء غير سامّ/ وحدها الجرعة تجعل من الشيء غير سامّ/فكل طعام وكل شراب يُتَناول فوق جرعته يعتبر سامّاً».

وقد كانت الوصفات الدوائية تبعاً للمبدأ القائل «الكثير يفيد كثيراً»، مثلما شاعت لدى الأطبّاء الصينيين في القرن الماضي كما يقال، انتهاكاً سافراً لذلك المبدأ الأساسي في الطب التقليدي. مع ذلك فمن غير المسموح به أن يُستخلص من مثل هذه الممارسات استنتاجات حول الطب العلمي في الصين. بل الأرجح أن التجريع الصحيح واستنساب الأدوية والحميات الغذائية تُعَدُّ من أكثر المهارات نضوجاً في الطب الصيني.

انطلاقاً من الإلحاق بأطوار التحوّل الخمسة يمكن استنباط سلسلة من المطابقات الأخرى الأقلّ أهمية في السياق الطبي. وهنا نُحيل القرّاء المهتمّين إلى المراجع الأخرى حول هذا الموضوع، وخصوصاً «الفكر الصيني» لغرانيت.

2. تتمتّع التشابكات مع الكون أو العالم الأكبر بأهميتها بالنسبة إلى معرفة الواقع البيو – إيقاعي (الإيقاعي – الحيوي) في العضوية بكاملها، ولا سيما منها موضع الشمس والقمر (وهذا يعني التوقيت اليومي مع أخذ المؤثرات المناخية أيضاً بعين الاعتبار)، وكذلك العلاقة بفصل معيّن من السنة.

3. وهناك أيضاً تشابكات محدَّدة للدوائر الوظيفية في الإنسان أو العالم الأصغر، أي في الشخصية المعنيّة نفسها. ونذكر هنا الدارات التكاملية حيث تشكِّل كل دارة عبور ودارة تخزين زوجاً وظيفيّاً، ثم هناك الدارات المعاكسة المذكورة آنفاً، وتلك الأجزاء من الجسم أو مظاهرها الحيوية التي تختبر فيها دائرة وظيفية ما تمثيلها الوظيفي. وأخيراً تندرج مطابقات الدوائر الوظيفية مع أشكال النبض وطرق التوصيل الطاقوية في هذه الفئة. وهنا يُعزى لأشكال النبض أهمية تشخيصية فقط، ولطرق التوصيل أو بالأحرى لنقاط التنبيه الواقعة عليها أهمية علاجية بصفة عامّة – كأساسٍ للمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي. ولكن نقاط التنبيه، وجراء حساسيّتها الألمية لدى ظهور الاضطرابات في الدائرة الوظيفية المطابقة، ليست دون أهمية بالنسبة للتشخيص.

4. ثمّة سلسلة من المطابقات يمكن اعتبارها إسقاطات حسّية أو جسدية للدائرة الوظيفية، ومن بينها الارتكاسات النفسية (qui؛ emotions)، أعضاء الحس النوعية (guan) وفتحات

الجسم (kaiqiao)، والتي تختبر فيها الدوائر الوظيفية تمثيلها المرئي.

5. أخيراً تتميّز كل دائرة وظيفية بسلسلة من الوظائف. والوظيفة النوعية (zhi guan) تميّز كل دارة في جوقة الدوائر الوظيفية جميعها بطريقة خاصّـة لا التباس فيها. ويُعزى لبعض الدوائر الوظيفية دور شامل في الحفاظ على حياة الشخصية؛ وتلك هي الوظيفة الأساسية (ben) لدارةٍ ما، والتي تؤسِّس بذلك لوجود كل فرد بطريقة موصوفة بدقّة. إلى ذلك تختزن كل دارة تخزين (Orbis horrealis) شكلاً معيّناً من الطاقة الفيزيولوجية؛ وهذا يُدعى بدوره بوظيفة التخزين (cang) لدائرة وظيفية ما.

دارات التخزين (Orbes horreales):

1. قائد الجيش: الدائرة الوظيفية – الكبد (gan؛ hepaticus Orbis):

من بين الدرات تُعتبر الدائرة الوظيفية – الكبد «قائد الجيش». فمنها تنطلق «التأمّلات» و«الخطط الرشيدة». ويرى فيها الصينيون الدائرة الوظيفية التي تطبع الشخصية بمجملها بطابعها وتضفي عليها تعبيرها المرئي. في الدارة الكبدية تُختزن الـ xue، الطاقة البنائية النوعية الفردية التي تبرز بشكل محدَّد في الدم قبل كل شيء. ولذلك يُعتبر «بحر الـxue» الوظيفة السائدة للدارة الكبدية، وهذا ما يعني «مستودع التعويض ومخزن الطاقة البنائية النوعية الفردية».

في كتابه Yixue Rumen يقدِّم الطبيب Li Chan، الذي عاش في عصر Ming (القرن السادس عشر)، لمحةً عامّةً قيّمة عن الطب الصيني. ويكتب فيه عن الدائرة الوظيفية – الكبد: «الدارة الكبدية تختزن الـxue، ولذلك تُسمى أيضاً «بحر الـxue». إذا ساد فيض في «بحر الـxue»، يعتقد المرء دوماً أن الجسم كبير؛ وإذا ساد نقص فيه، يعتقد أن الجسم صغير؛ عندما تتلقّى العينان xue، يمكنهما الرؤية؛ عندما تتلقّى القدمان xue، يمكنهما الخطو... عندما يستلقي المرء ليلاً، تعود الـ xue إلى الدارة الكبدية. وإذا كان المرء متردّداً في مخططاته، فإن الدارة الكبدية تنقل، جراء الاستنفاد، حرارةً إلى الدوائر الوظيفية الأخرى. وإذا سال الفم والأنف دون ضابط، فهذا يعني أن الدارة الكبدية لم تعد تختزن أيّ xue».

بوصفها دارة تخزين، تُعتبر الدائرة الوظيفية – الكبد دارة Yin. وتنطبع كيفيّتها الديناميّة في دورة أطوار التحوّل الخمسة بطابع طول التحوّل – الخشب. فهي تشكّل – كما عرضنا مسبقاً – مخزن إمكانات التكشّف الديناميّة لشخصيةٍ ما، نوعاً من مجمّع للديناميّة والفعالية. عندما تضطرب الدارة الكبدية لا تُصاب احتياطيات الدافع في الجهاز الحركي والقدرة الحالية على الجهد فحسب، وإنما أيضاً مخيّلة الشخصية، مبادراتها وغبطتها في اتّخاذ القرار. وليس من الضروري أن يتجلّى ذلك دوماً بتناقصٍ في الاستعداد والقدرة على الإنجاز، وإنما قد يُلاحظ – على العكس تماماً – في انهماكٍ وتعجّلٍ مفرطين ومن غير ضابط. يُعتبر «بحر xue» الدارة الكبدية مستودع التعويض الكبير الذي يقوم بتوجيه كافة الدوافع الحيوية وطاقة الاستخدام. فالاستعداد للمخاطرة أو الخوف، العدوانية أو التردّد، الرغبة بالعمل أو الشهية للطعام، كل ذلك يتوقّف على حالة الدائرة الوظيفية – الكبد إلى حدّ بعيد.

وهنا يعرف الصينيون جيّداً كيف يميّزون بين مظاهر التعب الطبيعية والاستنفاد المرضي لطاقة الدارة الكبدية. فمن الطبيعي أن المرء مساءً، وبعد يوم عملٍ مضنٍ أو بعد تجوالٍ طويل مرهق، لا يعود يُبدي القوّة ولا المخيّلة المبدعة للشروع في أمرٍ جديد. وتحتاج الدارة الكبدية إلى فترة استراحة «ترجع خلالها الـ xue»، أي يمكن خلالها تخزين طاقة جديدة. وبلغة أطوار التحوّل المتعارف عليها يمكن القول: إن الدارة الكبدية، محدّدة بطور التحوّل – الخشب، شرط لكل ديناميّة تتّصف بطور التحوّل – النار، أي أنها شرط للفاعلية في راهنيتها القصوى. فطور التحوّل – الخشب ينتجُ طور التحوّل – النار. ولكن في الحالة الفيزيولوجية الطبيعية يعقب ذلك تبديلاً في الأقطاب محدَّداً بطور التحوّل – الأرض. غير أن الطبيب يستنتج اضطراباً مرضيّاً في الدارة الكبدية في حال استمرار نقص الاستعداد للإنجاز أو التردّد لأيام أو حتّى لأسابيع، رغم انقضاء اليوم بشكلٍ طبيعي مع نومٍ كاف.

يطابق طور التحوّل – الخشب الصباحَ والربيع، أي المراحل الفاعلة من التوقيت اليومي والفصلي، وإذاً مراحل – Yang. من هنا يصف الصينيون الدائرة الوظيفية – الكبد بأنها Yang في Yin أو Yang الفتي أيضاً. ويُلحَق بالدارة الكبدية فترة ما قبل شروق الشمس، وشباط وآذار من فصول السنة. وفي هذه الأوقات تثبت الدارة الكبدية أنها عطوبة، غير مستقرّة، وبالتالي فهي ترتكس بصورة أكثر حساسية من المعتاد أيضاً، وذلك سواء على الاضطرابات الضارّة أم على الإجراءات

العلاجية. وسوف يستغلّ أيّ طبيب صيني هذا الفهم في معالجاته وجهوده الوقائية. كما أنه في وسع المرضى أيضاً استنباط قواعد سلوكية منه، وذلك عندما يعلمون أن دائرتهم الوظيفية – الكبد سريعة التأثر ومستعدّة للإصابة.

وطبقاً للقاعدة التي تقول إن كل المؤثرات القريبة لدائرةٍ وظيفيةٍ ما مفيدة في جرعتها المعتدلة، وضارّة في جرعتها المفرطة، فإن شروط الطقس السائدة في الصباح أو في الربيع، وخصوصاً الريح، تؤثِّر بصورة منعشة أو مهيِّجة على الدارة الكبدية بالمعنى الأوسع. كما أنها تُطلِق من جهة أخرى، بوصفها «إفراطات مناخية»، أمراض الدائرة الوظيفية – الكبد أيضاً.

الشيء ذاته ينطبق على المذاق الموافق كيفيّاً للدارة الكبدية، وهو المذاق الحامض. فبإمكان الأطعمة والأشربة الحامضة أن تؤثِّر عليها إنعاشاً، ولكنها تستنفد طاقتها من جهة أخرى، في تناولها بإسراف. وعلى العكس، قد يشير الطلب الشديد على الحوامض تشخيصيّاً على اضطراب في الدائرة الوظيفية – الكبد.

الارتكاس النفسي المطابق للدارة الكبدية هو الغضب. الأمر الذي يلاحظ في الميل الشديد إلى النداء والصراخ – كتمظهر صوتي موافق انفعاليّاً للدائرة الوظيفية – الكبد. جاء في Lingshu، الجزء الثاني من «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»: «إذا استُنفِدَت الطاقة المكوكبة للدارة الكبدية، يشعر المريض بالخوف، وإذا كانت ممتلئة يشعر بالغضب». ويصحّ مجدّداً القول إنه من المفيد صحيّاً دون شك عندما لا يكبت المرء غضبه، وإنما «يفرّغ» منه بين الحين والآخر؛ ولكن توارث الغضب العارم ضارّة.

تجد الدارة الكبدية تكشّفها الخارجي (hua ؛flos أو rung) في أظافر اليدين والقدمين. أما عضو الحسّ الموافق لها (guan) وفتحة الجسم النوعية (kaiqiao) في الوقت نفسه فهي العينان. وأخيراً يُلحَق بها سائل الدمع بوصفه العصارة الجسدية المميّزة. ولذلك يسمح كل من مظهر وصلابة الأظافر وحدّة الرؤية، أثناء التشخيص، باستنتاجات حول الدائرة الوظيفية – الكبد. أخيراً يتمتّع كل من رائحة الجسم واللون الموافق كيفيّاً بأهمية تشخيصية أيضاً. فعندما يُبدي المريض أثناء الفحص ظلالاً لونية خضراء أو خضراء ضاربة إلى الزرقة أو رائحة عرق حامض أو رائحة بول، فإن ذلك عبارة عن علامة أخرى على انحرافٍ وظيفيّ في الدارة الكبدية.

مثلها مثل كل الدارات ترتبط الدائرة الوظيفية – الكبد بعلاقة خاصّة مع دائرتين وظيفيتين أخريين. فالدارة المكمِّلة لها، والتي تشكّل معها زوجاً طاقوياً وظيفياً، هي الدائرة الوظيفية – المرارة (Orbis felleus). حيث تُعتبر الدارة الكبدية الدارة الداخلية (باللاتينية: intima؛ بالصينية: li)، والدارة المرارية الدارة الخارجية (species؛ biao). وذلك يطابق مجدّداً العرفين Yin وYang. أما دارتها المعاكسة التي تختبر فيها، طبقاً لتسلسل الكبح، توجيهها الفيزيولوجي المعاكس، فهي الدارة الوظيفية – الرئة (Orbis pulmonalis).

2. الأمير: الدارة الوظيفية - القلب (xin؛ Orbis cardialis):

يرى الصينيون في الدائرة الوظيفية – القلب «الأمير» بين الدارات، والذي ينطلق منه، في مجمل بنية الشخصية، كل من المؤثر المشير إلى الاتّجاه والإدراك الواضح. نتاجها الطاقوي هو الطاقة المكوكبة shen، أي ذلك الجانب من الطاقة القادر على خلق البنية المميّزة لظاهرة فردية بشكل فاعل، والذي يحدِّد الشخصية ويمنحها ملامحها. نقرأ في Suwen، «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»: «من يكسب shen ينجح، ومن يفقد shen يفسُد».

تعتبر الدارة الوظيفية – القلب، كسائر دارات التخزين، دارة – Yin بدئيّاً. ولكنها تتحدّد بطور التحوّل – النار، أي أنها تطابق الوظيفة التي تُعاش كفاعلية في راهنيتها الكاملة. من هذه الوجهة تُعتبر الدارة القلبية Yang في Yang أو Yang القوي؛ حتّى أنها تدعى في بعض الأحيان Yang القوي في Yang. إذن فهي جوهر الحدث الحيوي الفاعل. من الناحية الطبية تحدِّد الدائرة الوظيفية – القلب كافة المظاهر الحيوية للشخصية: سلوك الواثق من نفسه، تركيز الوعي وتنسيقه، قطعية الحجج وتوحّد الوعي. إذن فالكيفية الوظيفية المحدَّدة بطور التحوّل – النار والممثلة بالدارة القلبية هي الشرط الأساسي للكلام أصلاً عن شخصية فردية متوحّدة.

إذا تضرّرت الدارة القلبية تظهر اضطرابات فيما يُسمّى طرق السلوك، الأمر الذي يُلاحظ في انحلال وتشتّت واضح كثيراً أو قليلاً في الشخصية. وهذا ما يبدأ بضعف التركيز، النسيان، عدم الاكتراث، وفي حال استمراره لفترةٍ أطول وتفاقمه قد يؤدّي إلى تغيّم الوعي مع تشوش الكلام، أرق، وإلى نوباتٍ شبه صرعية، وحتى إلى مرض عقلي.

كما هو الحال في الدائرة الوظيفية – الكبد، كذلك هنا أيضاً يثير دهشتنا أن الصينيين ينسبون إلى الدائرة الوظيفية – القلب كيفيات لا علاقة لها، ولو من بعيد، بوظائف العضو الفعلي بمعنى الطب الغربي. فأيّ طبيب ذي توجّه غربي سوف يقيّم طرق السلوك المذكورة واضطراباتها على أنها «مشروطة نفسيّاً» بشكلٍ صريح. أما من وجهة النظر الصينية فمن غير المفهوم إطلاقاً عندما يُؤسَف في الغرب بصورة متزايدة لفقدان وحدة النفس والجسد ويُطالب بها، وبأنه على الطب أن يجد طريقه إلى نظرةٍ كلانية. ففي الطب الصيني لم تُفقَد، في التشخيص والمعالجة، النظرة إلى الشخصية بكلّيّتها، تلك النظرة التي تنعكس في المفهوم الغربي «نفسيّ – بدنيّ» بشكلٍ مبتورٍ فقط. وهي هنا شرط لا غنى عنه لكل علم، وليست بأيّ حال مجرّد نقد ما قبل علمي. إذا أخذنا كلاً من الآفاق الصينية والآفاق الغربية على السواء نجد أن: النفسية جانب لوظيفة الجسد، جانب من أجل المظاهر الحيوية، ولكنه جانب جوهري ولا غنى عنه. وبما أن المظاهر الحيوية تحديداً، الوظائف الحيوية، تسيطر على الانتباه بدئيّاً في الطب الصيني، فإنه من الواضح تماماً أن ما نسمّيه في الغرب بالنفسية، لا بد أنه يحتلّ في إطار الطب الصيني مكاناً مهمّاً في التشخيص والمعالجة. والحق أنه لا بد هنا أيضاً من التشديد على أن الطب الصيني يمتلك طرقاً ليست معزولة بأيّ حال، وإنما ضمن الطيف الإجمالي لتقنيّاته، يمكن وصفها طبقاً للتصوّرات الغربية بأنها طرق تشخيصية – نفسية وعلاجية – نفسية (وبالفعل فهي مثل طرق الطب الصيني «الأكثر بدنية» طرق «مسحوبة على الوظيفة» أو علاجية حسب الدوائر الوظيفية). وهكذا فمن البديهي أن تمثل الارتكاسات النفسية، التمظهرات الصوتية أو طرق سلوكية معيّنة، أجزاء لا غنى عنها من تصوّر الدارات وتوصيفها. ومن ناحية أخرى فإن الطب الصيني لا يستند، في تشخيصه ومعالجته، إلى مثل هذه اللحظات النفسية وحدها، بل هو يعقلنها ويكمّلها عن طريق تقنيّات أخرى (تشخيص النبض على سبيل المثال).

لعلّه من المهم هنا التعرّف على معنى المصطلح الفني xin، والذي يُترجم معجميّاً إلى «قلب»، والأهمية التي تُعزى له خارج السياق الفني الضيّق للطب الصيني. تعبّر xin عن الوعي أو محتويات الوعي، ما تتركّز عليه الأنا الفردية، ما تقوم عليه هذه الأنا؛ وتعني بالمعنى الأوسع أيضاً ببساطة «الوسط»، «المركز»، ظلاً مفهوميّاً يتجلّى في التركيب الحديث للكلمات الصينية مثل zhongxin، أي المركز. وكثيراً ما تعني xin في اللغة اليومية ببساطة «الوسط»، «وسط الجسم»،

«وسط الإنسان»، ما هو جوهري بالنسبة له، وما يعدّ جوهره. ويلتقي مثل هذا التصوّر بدوره مع المعنى المذكور لـ xin والمعادل لـ «الوعي».

عندما يوصف القلب في لغة الغرب الأدبية بأنه موطن الحب وتُعزى له أحاسيس ومشاعر يعتبرها الطبيب الغربي نفسية، فإن ذلك يقترب، بالفعل، من المفهوم الصيني حول الدائرة الوظيفية – القلب بوصفها الدارة الفاعلة.

تطابق الدائرة الوظيفية – القلب فترة الظُّهر، أي تلك الفترة من اليوم التي تتجلّى فيها الطاقة الشمسية في تأثيرها الكامل. أما الفصل المطابق لها فهو الصيف في شهري حزيران وتموز. وفي هذا الوقت تكون الدائرة الوظيفية – القلب قابلة للإصابة بالأمراض بصفة خاصّة، ولكنها في الوقت نفسه تستجيب للمعالجة الموافقة بصورة جيّدة. ونقرأ في Suwen حول ذلك القاعدة الرائعة التالية: «إذا ساد المرض في الدارة القلبية، فإنه يشفى في الصيف المتأخّر. وإذا لم يُشف في الصيف المتأخّر، فإنه يتفاقم في الشتاء. وإذا لم يمت المريض في الشتاء رغم ذلك، فإنه يستمرّ في الربيع لينهض في الصيف. ويجب عليه تفادي الطعام الساخن واللباس السميك الدافئ».

كما أن الدائرة الوظيفية – القلب لا تتحمل الحرّ بوصفه إجهاداً مناخيّاً مفرطاً، وهي لا تتحمّل، قبل كل شيء، الحرّ المترافق برطوبةٍ خانقة. على أن الاستمتاع المعتدل بالحرارة الصيفية ينعشها طبقاً للقاعدة. لذلك ينبغي على الأشخاص ذوي الدارة القلبية غير المستقرّة، على سبيل المثال أولئك الذين يعانون من الأرق، الانتباه إلى صحّتهم خصوصاً في الصيف، والابتعاد عن الأشهر الحارّة لدى قضاء إجازاتهم في بلدان الجنوب.

ينتمي المرّ كمذاق إلى الدارة القلبية. وهنا أيضاً يصحّ مبدئيّاً أن ضريبة تناول الأطعمة والأشربة المرّة بإفراط هي الشكايات. ولكن الصينيين يعرفون بالخبرة، وبخلاف القاعدة المنهجية، أن المذاق الذي يعمل على تصريف الطاقة هو ليس المر، وإنما الحلو على الأرجح. فالمذاق المرّ له تأثير مجفِّف، كابح ومثبط، في حين أن تأثير المذاق الحلو منظِّم، معاوض، معدِّل، مناغِم، ملطِّف وداعِم.

أما الارتكاس النفسي القريب للدارة القلبية فهو الفرح. وهذا يتجسّد صوتيّاً في الميل إلى الضحك. ويُلاحظ فرط الامتلاء بالطاقة في الدارة القلبية في فاعلية غير مترابطة ومتعجّلة ودون

كلل أو ملل، في ضحكاتٍ تشنجية، كما في تقلّب المزاج والنزوات وحالات غريبة.

عدا ذلك تسيطر الدارة القلبية – كوظيفة سائدة لها – على xue طرق التوصيل الرئيسة (الأوعية الصينية) وعلى النبض. (وتنطلق الـ xue، «الطاقة البنائية النوعية الفردية»، كما عرضنا في الفقرة السابقة، من مستودع التعويض– الكبد). وتتّضح للطبيب حالة الدارة القلبية بشكلٍ مرئي من الخارج على الوجه الذي يظهر فيه قبل كل شيء اللون الموافق، وهو الأحمر القرمزي.

أما العضو الموافق للدائرة الوظيفية – القلب فهو اللّسان، وفتحة الجسم الموافقة هي الأذنان – إلى حدّ ما–. ولذلك يمكن للطبيب استخلاص استنتاجات حول حالة الدارة القلبية من اضطرابات التلفظ الكلامي. وللعرق من بين سوائل الجسم علاقة مع الدارة القلبية، ومن بين الروائح الرائحة الحارقة، الرائحة النافذة واللاذعة.

الدارة المكمِّلة – والخارجية في الوقت نفسه – للدارة القلبية هي الدائرة الوظيفية – المعي الدقيق (Orbis intestini tenuis). أما توجيهها المعاكس فهو الدائرة الوظيفية – الكلية (Orbis renalis).

3. الرقيب: الدائرة الوظيفية - الطحال (pi؛ Orbis lienalis):

تعتبر الدائرة الوظيفية – الطحال في العضوية ككل «الرقيب» أو «الموظّف المؤنِّب». وتُدعى أيضاً «دارة النقد والتفكُّر» التي ينطلق منها «التخيّل» و«التبصّر». وهي تحدّد في الوقت نفسه، وبالاشتراك مع دارتها الخارجية المكمّلة، وهي الدائرة الوظيفية – المعدة (Orbis stomachi)، هضم «أنواع الحبوب الخمسة»، هذا يعني مجمل الطعام. لذلك تُعزى لهذا الزوج من الدارات مهمّة مستودع تخزين أيضاً.

طور التحوّل المطابق لها هو الأرض. وبذلك تُعتبر الدائرة الوظيفية – الطحال الجهة الأهم من أجل تمثل، معاوضة وتوزيع أنواع الطاقة المختلفة المحدَّدة كيفيّاً، أي ليس فقط من أجل تمثل الطعام توزيعه، وتخصيصه والاحتفاظ باحتياطي من أشكال الطاقة المختلفة المتلقاة مع الطعام، وإنما تمثّل و«هضم» كافة التأثيرات والمؤثرات الخارجية بالمطلق والتي تنصبّ على الفرد.

وهكذا قد يبدو للوهلة الأولى أن الدائرة الوظيفية – الطحال، بوصفها دارة تخزين أو Orbis horrealis قد تاهت بين دارات العبور (Orbis aulici) التي تنقل، كما نعرف، أنواع الطاقة وتتمثلها، ولكنها لا تختزنها. أو كما جاء في Lingshu توضيحاً لذلك: «بوساطة دارات التخزين الخمس يتم تخزين الطاقة البنائية الكامنة (jing) والطاقة المكوكبة (shen)، الطاقتين البنائيتين الفرديتين النوعيتين القطبيتين xue وqi والطاقة المكوكبة المميّزة للفرد والمستقطبة hun وpo. وبوساطة دارات العبور الست يتم تمثّل الطعام السائل والصلب، تحريك العصارات الفاعلة والبنائية». وبالفعل تُذكر الدارة الطحالية في Suwen أيضاً، سوية مع خمس من دارات العبور الست، وهي الدوائر الوظيفية – المعدة، المعي الغليظ، المعي الدقيق، المثانة والمجال الحراري الثلاثي، كأساس للاحتفاظ بالمخزون وللتخزين المؤقّت.

ينطوي الدور المعاوض للدارة الطحالية، بوصفه نتيجة تأثير ودلالة تشخيصية، على انسجام وظائف كافة الدارات الأخرى. فإذا كانت الوظيفة المعاوضة للدارة الطحالية (ولدارتها المكمّلة، وهي الدارة المعدية) سليمةً، يسود انسجام تامّ بين وظائف الشخصية كافة – أو وظائف العضوية كما سيقول الأطبّاء الغربيون–. ومن ناحيةٍ أخرى فإن الدائرتين الوظيفيتين – الطحال والمعدة معرضتان للخطر أيضاً بشكل خاص جراء موقعهما المركزي المهدَّد. لذلك فإن كل إجهاد مشوِّش يستحقّ الذكر، أي كل تنبيه أو إثارة أو صدمة خارجية أو داخلية غير معالجة تخلّ في توازن الأداء الجماعي لوظائف الشخصية، تترسب في الدارتين الطحالية والمعدية. وتبعاً للرؤية الصينية فإن كل ما يتلقّاه المرء خلال حياته من مؤثرات خارجية يُختزن في الدارة الطحالية، أو كما جاء في النصوص الكلاسيكية: «الدارة الطحالية مقرّ البنية المكتسبة (qi ascitum).

بوصفه وسطاً في دورة أطوار التحوّل الخمسة، ليس لطور التحوّل – الأرض، وبالتالي ليس للدارة الطحالية أيّة قطبية خاصّة بها، كما هو الحال في دارات التخزين الأربع الأخرى. لذلك يلقى تحديدها الكيفي كـ Yin أو Yang بعض الصعوبات أيضاً. إلاّ أن الصينيين يفسّرون قدرتها غير المحدودة تقريباً على التكيّف على أنها استعداد أقصى للبناء، وهذا هو جوهر Yin. وبذلك تُصنَّف الدارة الطحالية على أنها مُنتهى Yin أو أيضاً Yin في Yin.

التوقيت اليومي والفصل اللذان يطابقان الدائرة الوظيفية – الطحال هما فترة بعد الظهر والصيف المتأخّر، «عندما يستقرّ التكوكب الطاقوي للأرض ويتكشّف». ونقرأ في Suwen عن

سير المرض الموافق: «إذا ساد المرض في الدارة الطحالية، فإنه يشفى في الخريف. وإن لم يُشف في الخريف، فإنه يتفاقم في الربيع. وإن لم يمت المريض في الربيع، فإنه يتجاوز الصيف لينهض في الصيف المتأخّر. وعليه تفادي الطعام الساخن والحافل أكثر مما ينبغي، والتربة الرطبة واللباس الرطب.. من يصاب بمرضٍ في الدارة الطحالية يختبر فتوراً في مرضه أثناء غروب الشمس وتفاقماً أثناء شروقها. الهدوء والطمأنينة يظهران بعد الظهر».

يتم دعم قدرة الدائرتين الوظيفيتين – الطحال والمعدة على المناغمة والتوليف المركزي، في حدود ضيّقة، بالمذاقات الحلوة. ومن الضروري القول «في حدود ضيّقة»، لأن استعمال المذاقات الحلوة المكثف، كما أصبح مألوفاً في المدنية الحديثة، يمثِل منذ زمن ردّ فعل على حاجة مرضيّة، وكثيراً ما يقود إلى إجهاد وظيفة المناغمة المركزية هذه، وبذلك إلى انهيارها السابق لأوانه.

باستطاعة الأطعمة، الأشربة أو الأدوية ذات المذاق المرّ تصريف الطاقة الفائضة في الدارة الطحالية. وفي حال تطبيق القاعدة الأساسية بصورة آلية، قد لا يُخطئ الطبيب التأثيرات المقصودة، وإنما يُسيء بذلك إلى دوائر وظيفية أخرى أيضاً. وتجد الدارة الطحالية تمثيلها الكامل (perfectio) في اللحم الذي يعطي الهيئة أو القوام البشري[52]. وتناول المذاقات الحلوة بإفراط يضرّ بهذا «اللحم» ويقوضه في النهاية.

إلى ذلك يُلاحظ من الخبرة السريرية والطبية أنه يقع على عاتق الدارة الطحالية توجيه تحويل مجمل السوائل. فاحتباس المواد التي يجب طرحها، في الجسم، فرط طرح السائل أو نقصه والخطأ في وظيفة شحن السائل المطروح بالمواد الضارّة، كل ذلك ينجم، بحسب الطب الصيني، عن اضطرابات الدارة الطحالية. ويُسجَّل ذلك في الطب الغربي تحت اضطرابات الكلية، الداء السكري، التهاب البنكرياس وما شابه. ولا يشخِّص الطبيب الصيني هذه الاضطرابات الوظيفية كتورّمات نسيجية فقط، وإنما كنبضٍ «زلق» مميّز يترافق بشكلٍ أعراضي صرف مع اضطراباتٍ هضمية أو انهيارٍ في الهضم، نفث المخاط المتزايد من الرئتين والقصبات، اضطرابات تبوّل، اضطرابات الدورة الشهرية، اضطرابات «توازن الماء» (توازن السوائل) بالمعنى الأوسع. ومن هذه الناحية تندرج في اضطرابات الدائرة الوظيفية – الطحال صوراً أعراضية تُنسب حسب مخطط التقسيم المغاير كلّيّاً في الطب الغربي إلى أعضاء مختلفة جدّاً مثل المعي الغليظ والدقيق، البنكرياس، وقبل كل شيء الكليتين والمثانة، وكذلك الرئتين والطحال وحتى الكبد.

بعض وظائف هذه الدائرة الوظيفية لم يُلتقط علمياً خارج الصين على الإطلاق أو أنه لم يُر إلا في إطار تقديرات فقط. على أن هذا لا يعني أن البشر خارج الصين لا يعانون من مثل هذه الشكايات. في مقالٍ له حول الدارتين الطحالية والمعدية، كتب المفكّر الطبي المحترم Zhang Jingyue الذي عاش في القرن السابع عشر: «من يُتقن معالجة الدارة الطحالية، باستطاعته خلق التوافق والانسجام بين سائر الدارات. إذ إن الدارة الطحالية تبلِّل بطاقتها الجهات الأربع (وبتعبير آخر: الدوائر الوظيفية الباقية). فإذا كانت الدارات كافة تشارك في الطاقة المكوكبة للدارة الطحالية، وهذه الأخيرة تشارك في الطاقات المكوكبة لسائر الدارات، فذلك لأنها تشدّ أزر بعضها بعضاً بشكلٍ مُتبادل».

يسمح الغناء أو الرغبة في الموسيقا وغيرها من الأصوات الهارمونية عموماً باستنتاجات حول حالة الدارة الطحالية، وقبل كل شيء حول إجهادها أو ضعفها. إلى ذلك يمكن للّون الأصفر وللتعرّقات العطرية الزكية الموافقة لها أن تزوّدنا بدلالات تشخيصية. أما الارتكاس النفسي المميِّز للدائرة الوظيفية – الطحال فهو التفكّر وإمعان الذهن.

تُعتبر الشفتان والأجفان بشكل خاص مؤشرات حسّاسة على توازن السوائل في الأنسجة، وتزوّد المشخّص الخبير باستنتاجات مهمّة حول حالة الدارة الطحالية. أما فتحة الجسم الموافقة لهذه الدارة فهي الفم. والمذاق الموافق هو الحلو. وأخيراً تختبر الدائرة الوظيفية – الطحال توجيهها الوظيفي المعاكس في الدائرة الوظيفية – الكبد (الدارة الكبدية).

4. الوزير: الدائرة الوظيفية - الرئة (Orbis pulmonalis ؛fei):

بوصفها «وزيراً» بين الدارات تُعتبر الدائرة الوظيفية – الرئة الدارة المختصّة بالتنظيم الإيقاعي للحياة ولكافة المظاهر الحيوية في الشخصية. ويدخل في عداد ذلك أولاً إدارة التنفّس المتناغم الذي عرف الصينيون قيمته منذ أكثر من 2000 عاماً. كما يعرفون أيضاً أن تنفّساً خاطئاً أو معيباً قد يكون مطلقاً لاضطرابات صحّية متنوّعة. لذلك تعدّ التمارين التنفّسية منذ القدم، إضافةً إلى الرياضة الطبية، من وسائل الطب الصيني العلاجية.

حول تقنيّات إدارة الطاقة (qiqong):

انتشرت الرياضة التنفّسية قبل كل شيء بين أتباع «التاوية» على امتداد شرق آسيا بكامله، واستمرت إلى الوقت الحاضر. ويروي هوبوتر عن زيارةٍ له لممارس الطب الياباني «آراكي»، وهو «شخصية ذات نظرة متعصّبة وأخّاذة، شخص ليّن الحركات كالحية، ونحّات موهوب»، شهد عنده المعالجة التنفّسية لحوالي 40 مريضاً بين رجل وامرأة: «عن طريق هذه التمارين التي تستمرّ كل يوم مدّة مئة دقيقة، أوصلَ المصابين بالهستيريا والوهن العصبي المرتعشين، بعد عشرة أيام أو أكثر، إلى وضع قاموا فيه، بناءً على طلبه، بحرق أيديهم بقضيب حديدي متوهّج طوله 60 سم وسماكته بقدر الإبهام وفي طرفه قبضة خشبية، وبالطبع بسرعةٍ كبيرة. لم أشاهد أثناء ذلك أيّة حروق... وقد أوصل بعض المرضى إلى حدّ أنهم وقفوا وساروا على سيوفٍ يابانية ونصالها القاطعة نحو الأعلى، ومُثبّتة على حامل خشبي خاص. وقد قام بإهدائي أحد تلك السيوف تذكاراً. ليس لديّ أيّ تفسير معقول لذلك، أما هو فقد علَّل بطريقته، بأن تاو السماء يدخل في المعنيين ويحميهم من الجروح والإصابات، وذلك نتيجة التحضير النفسي الخاص في كل مرّة»[53].

من المؤكّد أن المرء لن يرى في القدرات الفائقة لـ «طبيبٍ» ياباني بارع نموذجاً للطب الصيني. ولكن معايشات هوبوتر تتّفق على نحو رائع مع نظرية الطب الصينية. فبحسب Suwen تسيطر الدائرة الوظيفية – الرئة على وظيفة الجلد الذي يحيط بـ «الأوتار ولحم العضلات» ويصدّ كافة المؤثرات الممرضة. على ذلك فإن الدارة الرئوية أساس الطاقة المكوكبة المقسَّمة من خلال إيقاع التنفّس. وهي تختزن «الطاقات المكوكبة الفاعلة المميِّزة للفرد».

على أن من يزور اليوم شرق آسيا لا يحتاج إلى القيام بزيارة لناسكٍ ياباني غير اعتيادي ليتحقّق من استمرار مثل هذه المعرفة ومثل هذا التقليد إلى اليوم. إذ يمكن للمرء، ومنذ انتصار ماوتسي تونغ، مشاهدة الصينيين من كل الأعمار، وفي أيّ طقس، في الشوارع والساحات العامّة، وليس فقط في الصالات والحجرات، وفي أيّ وقت من اليوم والسنة، وهم يمارسون «الرياضة الصحّية». ويتم توظيف التمارين الأكثر تطلّباً على شكل qiqong، وهي تمارين qi (تمارين الطاقة الفاعلة)، في معالجة الأمراض. وباستطاعة المرء، كمراقب تحليلي، التمييز في تمارين qi هذه مكوّنات تقنية – تنفّسية، مكوّنات تأمّلية ومكوّنات رياضية. ويندرج في ذلك بالطبع الـ Taijiquan أيضاً، ملاكمة taiji التي ازدهرت منذ نهاية القرن التاسع عشر في شرق آسيا «ملاكمة القمّة

العليا». ويجري في هذه الأثناء تعليمها في كل أنحاء العالم تحت اسم «ملاكمة الظلّ»، كنوعٍ من رياضة أوقات الفراغ، وذلك من قبل معلّمين أكفّاء ومعلّمين أقلّ كفاءة.

القاسم المشترك لكل هذه التقنيّات توقيع حركة الجسد، ويقترن بذلك تأثير لاإرادي على إدارة التنفّس. ولا حاجة للتذكير ثانيةً بأن غاية وتأثير هذه التقنيّات، وقبل كل شيء التمارين الأكثر تطلّباً، لا يُستنفدان أبداً.

العلاقات المتنوّعة للدارة الرئوية:

توضّح هذه التمارين، من وجهة نظر الطب الصيني شيئاً مهمّاً جدّاً: وهو أن الدائرة الوظيفية – الرئة تغطّي وظائف توقيعية أبعد بكثير مما يوصف في الطب الغربي بأنه «وظيفة الرئة». وهنا لا بد من ذكر تلك الإيقاعات الفيزيولوجية التي تمارس تأثيرها على الشخصية من الخارج، على سبيل المثال الإيقاعات اليومية والفصلية أو العادات السلوكية الحياتية. ويؤدّي عدم الانتظام في هذه الإيقاعات، جراء العمل بالورديات مثلاً أو جراء السهر الطويل أو، على العكس، جراء النوم الطويل أكثر مما ينبغي على مدى أسابيع أو شهور، إلى إجهاد وظائف الدارة الرئوية، مثله مثل التوجيه الخاطئ اللاواعي للتنفّس. وباستطاعة المعالج إدخال مثل هذه الوظائف الخاطئة إلى وعي المريض، وبالتالي تصحيحها و«صقلها من جديد» عن طريق الإرشاد والتمرين، لتعود بعد ذلك على العقل الباطن وتصبح لاشعورية.

الإيقاع الحيوي:

إلاّ أن الدارة الرئوية يمكن أن تُهمل، وبالتالي تتضرّر، ليس فقط نتيجة سلوك حياتي غير مُنتظم، وإنما من خلال وضعية الجسم السيّئة أو المشي المضطرب غير السليم أيضاً. ونادراً ما تُعتبر مثل هذه الإجهادات عيوباً صحّية؛ ولكنها تزيد من استعداد الدارة الرئوية للإصابة وتساعد على حدوث أمراض أخرى أيضاً، إلى جانب «أمراض البرد» وهجمات «الغريب».

أخيراً يرى الطبيب الصيني أهمية تجريع النسبة بين أطوار النشاط والراحة بصورةٍ تختلف تبعاً للفصل. ففي الصيف ينبغي على المرء التمتّع الكامل بالحياة، وهو يحتاج إلى فترة أقلّ من

النوم؛ أما في الشتاء فيفترض به تقييد نشاطاته والراحة لفترةٍ أطول. وتتطابق هذه الحاجة الفيزيولوجية المتبدّلة للدارة الرئوية مع انزياحات الإيقاع نهار – ليل بين الصيف والشتاء. على أنه يتم انتهاك هذه الوصايا السلوكية الأساسية في المجتمعات ذات التصوّرات الميكانيكية البحتة عن الجسم البشري.

لقد شغل التناغم الإيقاعي الكامل الصينيين منذ «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي». حيث يسأل الأمير الأصفر: «لقد سمعت أن البشر في العصور القديمة المزدهرة كانوا يتجاوزون المئة سنة دون أن تتدهور مقدراتهم الحركية. أما في عصرنا، فعلى العكس تتداعى المقدرة الحركية بعد نصف قرن فقط. هل يكمن سبب ذلك في اختلاف العصر والجيل أم في عجز الفرد؟».

ويجيب كونت Qi: «في العصور القديمة المزدهرة عرف البشر تاو؛ وكانوا يتوجّهون حسب Yin وYang وحقّقوا التناغم عن طريق التقنية والعدد. فقد كانوا معتدلين في الطعام والشراب، وتبعوا في مسلكهم الحياتي قاعدةً دؤوبة؛ فكانوا يتحاشون الإجهادات الهوجاء غير المتروية، لذلك أمكنهم العيش في صورتهم الجسدية المدّة المساوية لسنواتهم السماوية (= الطبيعية) وعدم مغادرة وجودهم الأرضي إلا بعد المئة... إن ما يحول بين أبناء العصر وطول العمر هذا هو سعيهم وراء الملذات الواعية وتقصيرهم في الإلمام بقواعد الطبيعة والخضوع لها. بذلك يتم إنهاك الطاقة البنيوية الكامنة بشكلٍ متواصل، استخدام الطاقة المكوكبة في غير أوانها والانتقاص من الاستقامة (Orthopathie) والإضرار بها على الدوام».

تُلحَق الدائرة الوظيفية – الرئة، في دورة أطوار التحوّل الخمسة، بطور التحوّل – المعدن، والذي يُعاش كبنائية كامنة. وبالتالي فهي تتحدَّد كيفيّاً كـ Yin الفتي أو أيضاً Yin في Yang، بل في بعض الأحيان كـ Yin الفتي في Yang.

المذاق المطابق للدارة الرئوية هو المذاق الحارّ، والارتكاس النفسي الموافق هو الحزن. وتسري دون قيود القاعدة الأساسية التي تقول إن المؤثرات الموافقة في جرعةٍ معتدلة مفيدة لصحّة الدائرة الوظيفية، في حين أن الإسراف فيها ضارّ. أما التوقيت اليومي والفصل اللذان ترتكس فيهما بشكلٍ حسّاس على الاضطرابات، كما على المؤثرات العلاجية، فهما فترة بعد الظُّهر المتأخّر (مغيب الشمس) والمساء المبكر والخريف. ونقرأ في Suwen: «إذا ساد المرض في الدائرة الرئوية، فإنه يُشفى في الشتاء؛ إن لم يُشف في الشتاء، فإنه يسوء في الصيف. وإذا لم يمت المريض في

الصيف، فإنه يستمرّ في الصيف المتأخّر لينهض في الخريف. ولا بد من تفادي الطعام والشراب الباردين واللباس البارد!». ونقرأ أيضاً فيما يتعلّق بسير المرض في إيقاع اليوم: «من يصاب بمرض في الدارة الرئوية يختبر فتوراً (في مرضه) بعد الظهر وتفاقماً عند الظهر. ويظهر الهدوء والطمأنينة حول منتصف الليل».

تجد الدارة الرئوية تمثيلها الكامل (perfectio) في الجلد الذي تمتلك فيه الشخصية خط دفاعها الأوّل ضدّ العوامل والمؤثرات الخارجية المطلقة للمرض. وطاقة الدفاع (weiqi)، أي المكوّن الفاعل للاستقامة (Orthopathie)، لا تمتلك هنا «مقرّها» وحسب، وإنما في الوقت نفسه وظيفتها وتأثيرها أيضاً. عندما يتم إنهاك وظائف الدارة الرئوية، يمكن أن يُلاحظ ذلك تشخيصيّاً، على أفضل وجه، في ارتكاسات الجلد. وتكون العلامات مثلاً احمرارات أو شحوبات مُلفتة في الجلد، رطوبة أو جفاف، ظهور أو غياب جلد الإوزّة (بالارتباط مع درجة الحرارة الخارجية والمؤثرات الأخرى)؛ فرط إفراز العرق أو فقدانه دليلان بمقدور الطبيب أن يستخلص منهما استنتاجات حول الدائرة الوظيفية – الرئة.

التمظهر الصوتي الموافق انفعاليّاً هو البكاء – كانفعال موافق للحزن. أما العصارة الجسدية للدارة الرئوية فهي مفرز الأنف، واللون العائد لها هو الأبيض. أخيراً فإن عضو الحسّ المطابق لها، والفتحة الجسدية الموافقة في الوقت نفسه، هي الأنف. وتشير رائحة اللحم أو السمك النيئ إلى بروز صوت وظيفتها في جوقة الدارات الباقية.

تجد الدارة الرئوية كبحها أو توجيهها الفيزيولوجي المعاكس من خلاف الدائرة الوظيفية – القلب (الدارة القلبية)، وتشكِّل مع الدائرة الوظيفية – المعي الغليظ (الدارة المعوية الغليظة)، بوصفها دارتها الخارجية، زوجاً وظيفيّاً.

5. جهة تعزيز الطاقة: الدائرة الوظيفية- الكلية (Orbis renalis ؛shen):

تُعتبر الدارة الكلوية في الطب الصيني «جهة تعزيز الطاقة» (zuoqiang zhi guan)، «الموظّف القوي مرهوب الجانب» في الواقع الوظيفي للشخصية. فهي مخزن القوى والاستعدادات

الخلقية. كما يتم فيها حفظ كل ما يُكتسب في مسيرة الحياة عن طريق حدثيات التعلّم العقلانية. وبذلك فهي تشكّل أساس الذاكرة أيضاً.

تتحدَّد الدارة الكلوية كيفيّاً بطور التحوّل الماء، وبالتالي فهي تطابق سائر الوظائف التي تمثّل البنائية في راهنيّتها القصوى، وهذا يعني في قابلية عيشها مباشرة. ولهذا تُعتبر الدارة الكلوية السليمة أساساً ومصدراً للقدرة على المقاومة والتحمّل الجسدية والعقلية والعصبية. فمدى قدرة الإنسان على تحمل الإجهادات أو حتّى العذابات الجسدية، الأعباء العصبية وحالات الشدّة النفسية، مدى تأثره بالبرودة أو بالحرارة الشديدة، كل ذلك يتوقّف إلى حدّ بعيد على حالة الدارة الكلوية. فإذا كان سريع الإنهاك أو سريع الحيرة والارتباك، فإن ذلك يسمح باستنتاج ضعف في الدارة الكلوية. وبحسب الرؤية الصينية يؤدّي الإنهاك الشديد والمتواصل للدارة الكلوية إلى انهيار الشخصية، إلى جنون أو أمراض عقلية.

إن كافة الوظائف التي يعزوها الطب الغربي للجملة العصبية والدماغ هي، تبعاً للمفهوم الصيني، وظائف الدارة الكلوية.

وهكذا، وبحسب المفهوم الصيني، تُعتبر الدائرة الوظيفية – الكلية، إضافة إلى ذلك، مخزناً لكافة الاستعدادات والطبائع التي يجري تناقلها في السلالة وتستمرّ عن طريق التناسل والوراثة، وإحدى أهم وظائفها هي القدرة الجنسية (Potenz). وضعف الدارة الكلوية يكاد يعني دوماً اضطراباً في القدرة الجنسية أيضاً، سواء عند الرجال أو عند النساء. وتبعاً للمبدأ القائل إن كل ما يطابق دائرة وظيفية ما، يكون بكمياتٍ معتدلة مفيداً، وفي حال الإفراط ضارّاً، فإن حياة الفجور والمجون الجنسي أيضاً تؤدّي إلى تضرّر في كافة وظائف الدارة الكلوية.

لا يدّعي الصينيون بالطبع أن الكليتين، بمعنى التشريح أو الفيزيولوجيا الغربيين، مقرّ كافة الاستعدادات بأنواعها المختلفة، بدءاً من القدرة على التذكّر وصولاً إلى القدرة على الإنجاب. كما أنهم لا يدعون أن كل هذا وظائف لذلك العضو الذي يسمّيه الطب الغربي بالكليتين، الأمر الذي ليس نادراً أن نسمعه من نقّاد الطب الصيني، لا بل من خبرائه أيضاً. أما الصحيح فهو أن الصينيين يجمعون كافة الجوانب الطاقوية للبنائية في راهنيّتها القصوى، أي الطبقات الأعمق والأقدم و«الأكثر مادّية» لكل شخصية، في دائرة وظيفية واحدة يدعونها بـ «الكلية بوصفها shen. ولكن

الدارة الكلوية هذه لا تشترك بشيء مع عضو الكلية بالمعنى الغربي إلا كما يشترك طور التحوّل – النار مع الشعلة المتوهّجة.

إلى جانب الترجمات الخاطئة عن الصينية، والمنوّه عنها سابقاً، يُعتبر ربط الأعضاء في الطب الغربي مع الدوائر الوظيفية في الطب الصيني المصدر الدائم لحالات سوء الفهم وأخطاء التفسير ذات العواقب الوخيمة.

إن مشروعية جمع كافة الجوانب المذكورة للقدرة على المقاومة الروحية والجسدية، المقاومة البنيوية الفيزيائية والنفسية، وكذلك القدرات الموروثة والمكتسبة، في دائرة وظيفية واحدة مسمّاة shen (الدارة الكلوية)، تلك المشروعية التي تؤكّدها مراراً وتكراراً ممارسة الطب الصيني وتطبيقه تشخيصيّاً وعلاجيّاً لها في العصر الحديث تقاطعات مع آراء ونظريات علم الجنين الغربي. فقد اكتشف هذا الأخير علاقات تطوّرية – تاريخية (سلالية وفردية) بين الأعضاء والمجالات الوظيفية لا يمكن إثباتها من قبل التشريح والفيزيولوجيا الوصفيين الكلاسيكيين. لنفكّر فقط بالعلاقات بين المناسل والكلية الأولية أو بالقواسم المشتركة لهذه المجالات مع الجملة العصبية. لعلّه من غير المفترض التعجّل بالاستهشاد بكون الجملة العصبية ذات الاستقلاب البطيء للغاية، مثلها مثل الأسنان أو العظام التي ينطبق عليها الشيء نفسه، تعود لأقدم طبقة في التطوّر السلالي والفردي، على أنه «تأكيد» للنظريات الصينية، ولكنه يبرز هذه الأخيرة، مع ذلك، على ضوء آخر.

إنّ تحدُّد الدارة الكلوية كيفيّاً بطور التحوّل – الماء ينطوي أيضاً على مرونة في الشخصية وقدرةٍ على التكيّف مع المحيط، أي ارتكاسات بنائية مناسبة على المنبّهات القادمة من الخارج.

المذاق المطابق للدارة الكلوية هو المالح، والارتكاس النفسي هو الخوف. يؤدّي ضعف «باللاتينية: inanitas) الدارة الكلوية إلى التخوّف، التوجّس وصلاحية متناقصة للحياة.

وهنا تظهر مرّةً أخرى وبإلحاح توازيات أو تقاطعات بين الطب الصيني والغربي. فالارتباط الوثيق بين الاضطرابات الجنسية أو العناية من جهة، ونقص الصلاحية للحياة من جهة أخرى، ارتباط يُعترف به في الطب الغربي أيضاً، منذ فرويد على الأقلّ. ولكن اضطرابات القدرة الجنسية أو العناية تعتبر في نظرة الطب الغربي التحليلية – السببية إلى العالم سبباً عادةً (وهذا يعني حيثية موجبة وسابقة) للخوف. وبتعبير آخر: يُعتبر العجز في الحياة نتيجةً للعجز في الحبّ. على أن

الخوف والعنانة من وجهة النظر التركيبية – الاستقرائية للطب الصيني مظهران للاضطراب الوظيفيّ ذاته. ولكن لما كانت الحياة اليومية لمعظم البشر، أي لأولئك المصابين باضطرابات في الدارة الكلوية أيضاً، تسير بشكلٍ هادئ ووديع نسبيّاً، فمن النادر أن يجحدوا أنفسهم، من ناحية المنبّهات الخارجية، في موقف يستدعي ارتكاسات قلقة. وبالتالي فإن معظم المصابين باضطرابات في الدارة الكلوية يشعرون بعنانتهم بصورة أكبر وأبكر من خوفهم. وهذا ما يكفي الطب الغربي للاعتقاد بوجود علاقة سببية أو علاقة علّة ومعلول بين العنانة والقلق.

إنَّ علم الشخص بوجود اضطراب في القدرة الجنسية لديه باستطاعته إثارة مشاعر القلق لديه، هو أمر لا يُعتبر لوحده إثباتاً لفرضية غنيّة بالنتائج إلى هذه الدرجة. وعلى أيّ حال يمكن ذكر العديد من الأمثلة على أن البشر في مواقف معيّنة يرتكسون بالقلق، دون علمٍ منهم بأيّة اضطرابات جنسية لديهم. وهذا لم يعد خافياً على التحليل النفسي بأيّ حال. ولكن رغم ذلك، وبغية التمكّن من التشبّث بالنظرية السببية، كان لا بد من المطالبة بـ «العقل الباطن» كافتراضٍ مساعد يُزعَم أنه السبب عندئذٍ. بالطبع ثمّة حالاتٍ كثيرة يرتكس فيها المصابون باضطرابات القدرة الجنسية بالقلق، ولكنها حالات من غير المعقول فيها إطلاقاً الاعتقاد أن الخوف مسبَّبٌ عن العنانة، حتّى عندما يكون المصابون على علمٍ بذلك. وعلى سبيل المثال لماذا يُفترض أن يكون الخوف من الوحوش الكاسرة أو الخوف من الطيران مسبَّباً عن اضطرابات القدرة الجنسية؟

والطب الصيني هنا أقلّ تعقيداً بكثير. فبالنسبة له هناك اضطراب وظيفي في الدارة الكلوية. وتبعاً للمواقف التي يتعرّض لها الشخص المصاب بمثل هذا الاضطراب، تبعاً للمنبّهات الفاعلة التي تستدعي طاقته البنائية، فإنه يرتكس تارة بالخوف، وتارة أخرى بالعجز الجنسي. وهذا ما يُلاحظ في سمات أخرى تماماً ومستقلّة عن الموقف المعني في كل حالة.

التمظهر الصوتي المطابق للدارة الكلوية هو التأوّه، والرائحة المميّزة هي رائحة العفونة.

ودون قيود تسري من جديد القاعدة الأساسية القائلة إن المؤثرات الموافقة بكميات معتدلة تدعم الدارة الكلوية في وظائفها، ولكنها تضرّ بها عندما يتخلّى المرء عن التحفّظ الضروري. وقد تكلّمنا عن هذا بالتفصيل فيما يتعلّق بالجنسية. ويبقى أن نذكر أن الأمر يتّفق مع هذه القاعدة عندما ينشد المرء شفاء الخوف عن طريق الاتصال الجنسي، لأن هذا الأخير يمارس تأثيراً منظِّماً على الدارة الكلوية.

كما تنطبق القاعدة الأساسية على المؤثرات الفصلية – المناخية أيضاً، والتي تصادف عادةً في الشتاء، وهو الفصل الموافق لهذه الدارة. أما التوقيت اليومي المطابق للدارة الكلوية، والذي ترتكس فيه بسهولة خاصّة على المؤثرات الممرضة وعلى المؤثرات العلاجية أيضاً، فهو فترة ما قبل منتصف الليل. ونقرأ في Suwen على النحو الذي عرفناه مسبقاً: «إذا ساد المرض في الدارة الكلوية، فإنه يُشفى في الربيع. وإذا لم يُشف في الربيع، فإنه يتفاقم في الصيف المتأخّر. وإذا لم يمت المريض في الصيف المتأخّر، فإنه يستمرّ في الخريف وينهض في الشتاء. ويجب على المريض تفادي الطعام الساخن المسلوق واللباس الدافئ. من يصاب في الدارة الكلوية، فإنه يختبر فتوراً في الأعراض حول منتصف الليل وتفاقماً في ساعات طور الأرض[54]؛ ويظهر الهدوء والطمأنينة بعد الظهر».

عضو الحسّ الملحق بالدائرة الوظيفية – الكلية هو الأذنان؛ وتوصفان في Suwen بأنهما «فتحتا الدارة الكلوية» أيضاً. ولا يجوز الخلط بينهما وبين فتحتي الجسم المطابقتين لهذه الدارة، وهما فتحتا إفراغ البول والبراز. ويُذكر في Suwen كل من الارتعاش والارتجاف كسلوكين نوعيين، الأمر الذي يوافق بدوره الخوف.

6. الموظّف التابع: الدائرة الوظيفية - التأمور (xinbaoluo؛ Orbis pericardialis):

لقد تم إدراج «التأمور» (أو الشبكة المحيطة بالقلب) – ولدواعي التناظر على الأرجح – في نظرية الطب كدارة تخزين سادسة مكمِّلة للمجال الحراري الثلاثي. وبذلك فهي توصَف كيفيّاً في الوقت نفسه على أنها دارة – Yin. ولا تُعالج في المراجع إلاّ بشكلٍ سريع وسطحيّ جدّاً. وكنّا قد ذكرنا سابقاً أنه يُنسب لها وظائف تخصّ في الطب الغربي كلاًّ من القلب، الرئة والدورة الدموية.

تؤدّي الدارة التأمورية في اتحاد الدوائر الوظيفية دور «الموظّف التابع» الذي ينطلق منه الفرح والابتهاج.

أخيراً تعتبر الدارة التأمورية مستودع تعويض لـ qi genuinum. وهي تلك الطاقة الفطرية التي يمتلكها الفرد وتحدِّد جوهره.

تكاملية الدوائر الوظيفية:

مما سبق نكون قد كوّنا صورة واضحة – ولو أنها غير كاملة – عن دارات التخزين الست التي هي في الوقت نفسه دارات داخلية (intimae). وإحدى المطابقات المذكورة تُلحِق بكل منها دارة عبور، كدارة خارجية مكمِّلة (species)، تشكِّل معها «زوجاً وظيفياً». وهذا يعني أنها تشارك في الوظائف بشكلٍ وثيق تماماً. فكثير من مظاهر التخطيط الأيقوني التي تُعزى لدارات التخزين أو بالأحرى للدارات الداخلية تُعتبر أيضاً سمات مميّزة للدارات الخارجية، وعندما لا يستدعي الموضوع تفريقاتٍ أكثر دقّة، فإن الزوج الوظيفيّ المتكامل يُذكر بمجمله دون انقطاع، كما هو الحال مثلاً عندما نقول الدارتين الطحالية والمعدية (Orbes lienalis et stomachi). كما يمكن استنتاج سلسلة من البيانات التشخيصية حول دارة العبور بشكل غير مباشر من خلال دارة التخزين المكمِّلة لها.

لا بد هنا من أن نعيد إلى أذهاننا أن كيفيّات مؤثرات – Yang الفاعلة وإن كانت محدَّدة، إلاّ أنها لا يمكن أن تحدَّد هي نفسها إلاّ عندما تقع على مادّةٍ ما، وتُحدث هناك تغيّرات بنائية معيَّنة. ولنأخذ مثالاً يوضّح ذلك: تتعلّق الكيفية الفاعلة لسقوط شيء ما، بالتأكيد، بالأرضية التي يصطدم بها بعد سقوطه. ويختلف تأثير الاصطدام باختلاف الأرضية التي تمتصّ صدمة السقوط، أهي رمل، صخر، تراب أم ماء؟

يمكن للإنسان أن ينجو دون تضرّر من الوقوع في الماء من ارتفاعٍ أكبر بكثير جدّاً منه في حال السقوط على الأرض. إذن، تلعب كيفية المقاومة البنائية أيضاً، والتي تبديها «الأرضية»، أي كيفية – Yin، دوراً. وكي نتمكّن من التعرّف على الجواب الطاقوية – Yang للحدث الوظيفي نحتاج في كل حالة إلى ردّ فعل بنائي – على سبيل المثال تغيّر في شكل المادّة، تبدّل ما في الجسم – يتجلّى في زوجٍ تكامليّ ما بالسمات ذاتها جزئيّاً.

رغم ذلك، في وسع الأطبّاء المتمرّسين التمييز في كل حالة بين الدائرتين الوظيفيتين المتكاملتين دون صعوبات، لأنهما تختلفان فيما بينهما في مطابقات مهمّة، على سبيل المثال في أشكال النبض، في نقاط التنبيه وطرق التوصيل التي يمكن عن طريقها التأثير بالوخز والتسخين النقطي على الدائرتين الوظيفيتين وفي وظائف نوعية. كما أن التمييز ضروري أيضاً لأن دارات

العبور قد تُصاب بالمرض بمعزلٍ عن دارات التخزين المكمِّلة لها، أي أن لها باتولوجيا خاصّة بها. والواقع أن اضطراباً في دارة عبور غالباً ما يسيء، مع بعض التأخير إلى دارة التخزين العائدة لها.

يلخص الجدول التالي مرّة ثانية كافة سمات التخطيط الأيقوني للدارات التي تشترك بها «الأزواج» المعنية. وبالتالي فهو يضمّ تفصيلات موجزة مهمّة حول دارات التخزين، إلا أنها في الوقت ذاته جزء جوهري من التخطيط الأيقوني لدارات العبور أيضاً.

دارات التخزين (Orbes horreales)						
	الدائرة الوظيفية الكبد Orbes hepaticus	الدائرة الوظيفية القلب Orbes cardialis	الدائرة الوظيفية الطحال Orbes lienalis	الدائرة الوظيفية الرئة Orbes pulmonalis	الدائرة الوظيفية الكلية Orbes renalis	Orbis pericadialis
I يتم التحديد الكيفي تبعاً لـ Yin و Yang وأطوار التحوّل الخمسة						
كافة دارات التخزين هي دارات - Yin.						
التعيين التدرّجي	Yin في Yang	Yang في Yang	Yin في Yin	Yang في Yin	Yin في Yin	
الموقع في دورة أطوار التحوّل الخمسة	الخشب transvectus ligni	النار transvectus ignis	الأرض transvectus humi	المعدن transvectus metalli	الماء transvectus aquae	
الكيفية الأساسية المميِّزة / الطبيعية الجوهرية	حرارة لطيفة متصاعدة	رطوبة ساخنة حر	معاوِضة ومعدِّلة	برودة معتدلة	برد جليدي	
المذاق الموافق (sapor)	الحامض	المر	الحلو	الحار	المالح	
التوجيه الفيزيولوجي المعاكس (chu) من خلال...	الدارة الرئوية	الدارة الكلوية	الدارة الكبدية	الدارة القلبية	الدارة الطحالية	
المؤثرات المؤذية / الضارّة	كافة المؤثرات الموافقة للدارة مفيدة في جرعتها المعتدلة وضارّة في جرعتها الشديدة.	لا يتم تصريف الطاقة الفائضة عن طريق المذاق الحار بل الحلو، فيما عدا ذلك فإن المؤثرات القريبة تفيد في الجرعة المعتدلة وتضرّ في الجرعة الشديدة.	لا يتم تصريف الطاقة الفائضة عن طريق المذاق الحلو بل الحار، وبالمذاق الحلو يتم إكمال طاقة الدارة الطحالية. تحذير من الطعام الساخن والحافل.	تسري القاعدة الأساسية دون قيود. فالمؤثرات القريبة داعمة في جرعتها المعتدلة وضارّة في حال الإفراط فيها. تحذير من الطعام والشراب الباردين.	تسري القاعدة الأساسية دون قيود. فالمؤثرات القريبة داعمة في جرعتها المعتدلة وضارّة في حال الإسراف فيها تحذير من الأطعمة الساخنة المغلية.	
التمظهر الصوتي	النداء والصراخ	الضحك	الغناء	البكاء	التأوّه	
اللون المميِّز	الأخضر	الأحمر القرمزي	الأصفر	الأبيض	الأسود	

الرائحة المميِّزة	رائحة بول وعرق حامض	رائحة احتراق	رائحة عطرية زكية	رائحة لحم وسمك نيئ	رائحة عفونة	
II التشابك مع العالم الأكبر						
	ثمّة دلائل على استعدادٍ للإصابة تبعاً للتوقيت اليومي والفصول، وإشارات إلى تعليمات توقيت للمعالجة. تنجم التشابكات عن الإلحاق بأطوار التحوّل الخمسة.					
التعلّق بموضع الشمس والقمر (مؤثرات التوقيت اليومي)	من يصاب بمرض في الدارة الكبدية يختبر في الصباح خموداً فيه، بعد الظهر تفاقماً وحول منتصف الليل هدوءاً.	من يصاب بمرض في الدارة القلبية يختبر في منتصف النهار خموداً، وحول منتصف الليل تفاقماً. ويظهر الهدوء في الصباح.	من يصاب بمرض في الدارة الطحالية يختبر خموداً عند شروق الشمس وتفاقماً عند غروبها. ويظهر الهدوء بعد الظُّهر.	من يصاب بمرض في الدارة الرئوية يختبر خموداً بعد الظُّهر وتفاقماً عند الظُّهر. ويظهر الهدوء عند منتصف الليل.	من يصاب بمرض في الدارة الكلوية يختبر خموداً حول منتصف الليل وتفاقماً في ساعات الطور الأخيرة (أي صباحاً من 7-9 وبعد الظُّهر من 1-3) ويظهر الهدوء بعد الظُّهر.	
العلاقة بفصلٍ محدَّد من السنة	شباط/آذار إذا ساد المرض في الدارة الكبدية فإنه يشفى في الصيف. إذا لم يشف في الصيف يتفاقم في الخريف. وإذا لم يمت المريض مع ذلك، فإنه يستمر في الشتاء وينهض في الربيع.	تشرين1 /تشرين 2 إذا ساد المرض في الدارة القلبية فإنه يشفى في الصيف المتأخر. وإذا لم يشف في الصيف المتأخّر يتفاقم في الشتاء. وإذا لم يمت المريض مع ذلك في الشتاء فإنه يستمر في الربيع لينهض في الصيف.	نيسان/أيار إذا ساد المرض في الدارة الطحالية فإنه يشفى في الخريف. إذا لم يشف في الخريف فإنه يتفاقم في الربيع. وإذا لم يمت المريض في الربيع فإنه يستمر في الصيف وينهض في الصيف المتأخّر.	آب/أيلول إذا ساد المرض في الدارة الرئوية فإنه يشفى في الشتاء. إذا لم يشف في الشتاء فإنه يتفاقم في الصيف. وإذا لم يمت المريض في الصيف فإنه يستمر في الصيف المتأخّر لينهض في الخريف.	تشرين 2/كانون 1 إذا ساد المرض في الدارة الكلوية فإنه يشفى في الربيع. إذا لم يشف في الربيع فإنه يتفاقم في الصيف المتأخّر وإذا لم يمت المريض في الصيف المتأخر فإنه يستمر في الخريف وينهض في الشتاء.	

المؤثرات المناخية الفصلية الخطرة (الإفراطات)	الربيع تحذير من «الرياح»	الصيف القيظ الرطب	التربة الرطبة / اللباس الرطب	اللباس البارد	اللباس المدفأ	
الكوكب الموافق	المشتري	المريخ	زحل	الزهرة	عطارد	
III **التشابك مع العالم الأصغر**						
الدارة المكمِّلة	كل دارات التخزين هي دارات داخلية (intima). وتشكّل كل منها مع دارة عبور، كدارة خارجية، زوجاً تكاملياً ترتبط وظائفه الفيزيولوجية واضطراباته المرضية ببعضها بعضاً بشكل وثيق.					
	الدائرة الوظيفية المرارة **Orbis felleus**	الدائرة الوظيفية المعي الدقيق **Orbis intestini tenuis**	الدائرة الوظيفة المعدة **Orbis stomachi**	الدائرة الوظيفية المعي الغليظ **Orbis intestini crassi**	الدائرة الوظيفية المثانة **Orbis vesicalis**	المجال الحراري الثلاثي **Orbis tricalorii**
الشرايين الصينية						
التمثيل الوظيفي	الأوتار والعضلات (nervus)	طرق التوصيل	اللحم	الجلد وشعر الجسم	العظام والنخاع	
الدائرة الوظيفية المعاكسة (طبعاً لتسلسل الكبح)	الدارة الرئوية	الدارة الكلوية	الدارة الكبدية	الدارة القلبية	الدارة الطحالية	
النبض الكعبري النوعي	نبض مضيقي عميق في اليد اليسرى	نبض إبهامي عميق في اليد اليسرى	نبض مضيقي عميق في اليد اليمنى	نبض إبهامي عميق في اليد اليمنى	نبض قدمي عميق في اليد اليسرى	نبض قدمي سطحي في اليد اليمنى
IV **إسقاط الدارة الحسّي والركيزي**						
التكشف الخارجي: الجزء من الجسم ذو التمثيل المرئي للدارة	أظافر اليدين والقدمين	الوجه	الشفتان	شعر الجسم	شعر الرأس	

عضو الحسّ النوعي	العينان	اللسان	الشفتان / اللسان	الأنف	الأذنان	
فتحات الجسم النوعية	العنيان	الأذنان	الفم	الأنف	فتحتا البول والبراز	
الارتكاس النفسي (الانفعال emotio)	الغضب	الفرح	التفكّر	الحزن	الخوف	
يبيّن تطبيق تسلسل الإنتاج على الاستجابات النفسية مدى دقّة قواعد الطب الصيني: الغضب (طور التحوّل - الخشب) ينتج الفرح (طور التحوّل - النار)؛ الفرح ينتج التفكّر (طور التحوّل - الأرض)؛ التفكّر ينتج الحزن (طور التحوّل - المعدن)؛ الحزن ينتج الخوف (طور التحوّل - الماء)؛ وأخيراً الخوف ينتج الغضب. أو تسلسل الكبح: الغضب يكبح التفكّر؛ التفكّر يكبح الخوف؛ الخوف يكبح الفرح؛ الفرح يكبح الحزن؛ الحزن يكبح الغضب.						
السلوك النوعي	العجن والسحب	التأجج والتوهّج	البلل	تدمير شديد ومرير	الارتعاش والارتجاف	
السائل المطروح بين الحين والآخر	الدمع	العرق	اللعاب الطحالي	مفرز الأنف	اللعاب	
V الوظائف المميِّزة للدارة						
	«قائد الجيش» إسقاط فاعل للشخصية ككلّ	«الأمير» مخزن الطاقة المكوكبة	المخزون الاحتياطي، مخزن مؤقت	«الوزير» وظيفة التنفس	تعزيز الطاقة، الدارة التي تقوم عليها المهارات التقنية	«المفوّض التابع» نقطة انطلاق الفرح والابتهاج(*)
الوظيفة المسيطرة	مستودع تعويض	الشرايين الصينية والنبض	التخيّل	وظائف الجلد		
	مخزن الـxue					

(*) هذا ما يطابق المفهوم الغربي (غير الطبيّ): «يمتلك قلباً طيّباً»!

دارات العبور (Orbes aulici):

تقرأ في الفصل 11 من Suwen حول دارات العبور (fu) ما يلي: «يمكنها أن تنقل، تتمثل، تخزّن (ضمن شروط مرضيّة)، قد تكون مملوءة، ولكن لا يمكن أن تكون مُفعمة وممتلئة أبداً».

ونقرأ في الفصل 47 من Lingshu: «دارات العبور الست تتمثل الطعام السائل والصلب وتحرّك العصارات الفاعلة والبنائية».

بهذه العبارات غير المفرطة في الوضوح، والمنتزَعة من سياقها، يخصَّص لدارت العبور المحدَّدة كيفيّاً – كما علمنا سابقاً – كدارات – Yang دورٌ وظيفيّ جدّاً وأكثر ديناميةً بالمقارنة مع دارات التخزين. فإذا كانت العلاقة في دارات التخزين، بالنسبة للصينيين، بين الوظائف المعرَّفة بوضوح وحواملها المفترضة بشكلٍ ما علاقة غير محدَّدة ومبهمة للغاية، فمن الأجدى أن ينطبق هذا على دارات العبور. وكما سنرى، فإن مثل هذه العلاقة لا تزال في دارتي الأمعاء (الدارة المعوية الدقيقة، الدارة المعوية الغليظة) واقعة، في كل الأحوال، في مجال قابلية التصوّر الملموس (لم يول الطب الصيني اهتماماً بالعلاقات التشريحية الأكثر دقّة في مجال الأمعاء جدّياً إلا بعد احتكاكه بالطب الغربي).

ليس لدارات العبور أيّة مطابقات مباشرة مع أعضاء الحسّ النوعية وفتحات الجسم، ولا مع الارتكاسات النفسية أو الوظائف الأساسية أو مع وظائف التخزين؛ فهي تبعاً للتعريف لا تختزن شيئاً. وبشكل عام فإن المخططات الأيقونية لدارات العبور أقلّ وضوحاً من تلك التي لدارات التخزين.

7. الدائرة الوظيفية - المرارة (tan؛ Orbis felleus):

نقرأ في Suwen: «تستنبط الدارات الإحدى عشرة كافة قراراتها من الدارة المرارية». لذلك تُعتبر الدارة المرارية في مجمل العضوية «موظّف النظام» الذي تنطلق منه القدرة على اتّخاذ القرار. فهي توجِّه دوافع الدوائر الوظيفية الباقية، في حين يجري تنظيم دورة أشكال الطاقة المختلفة من قبل الدائرتين الوظيفيتين – القلب والرئة.

تُصنَّف الدارة المرارية في الطب الصيني على نحو مزدوج. فبوصفها إحدى دارات العبور الست تُعتبر بدئيّاً دارة – Yang وتُشكِّل مع الدارة الكبدية زوجاً وظيفيّاً. ولكنها في الوقت ذاته تُعَدُّ

منذ القدم من الدارات الفرعية الست التي تنشأ، تبعاً للمفهوم الكلاسيكي لـ Suwen، من «تكوكب الأرض» أو – كما في وسعنا القول أيضاً – من تكوكب طاقوي للاستقطاب البنائي. وهي تُعتبر دوائر وظيفية تختزن البنائي ولا تسمح بتسرب أيّ شيء.

وبالفعل فإن الدارة المرارية، وإن كانت تشترك في تمثّل الطعام السائل والصلب، ولكنها الوحيدة من بين دارات العبور التي لا تشترك في امتصاصه المؤقت ولا في نقله. والتقييم المزدوج لهذه الدارة يأخذ في الحسبان هذا الموقع الخاص.

8. الدائرة الوظيفية - المعي الدقيق (Orbis tenuis ؛xiaochang):

وهي تتولّى في مجمل العضوية مهمّة امتصاص الطعام وتحويله، حيث يتم فيها الفصل بين المكوِّنات الدقيقة والخشنة، بين الرائقة والعكرة، الصلبة والسائلة، ومن هنا تجري متابعة توزيعها.

9. الدائرة الوظيفية - المعدة (Orbis stomachi ؛wei):

يقارن الصينيون الدائرة الوظيفية – المعدة بـ «ساحة سوق البلدة». فهي مركز تجارة الطعام بأكمله، المخزن المؤقت الذي تُوزَّع انطلاقاً منه المواد الغذائية للمذاقات الخمسة. وتبعاً لطور تحوّلها – الأرض تُعزى لها مهمّة توسّطية مركزية بين دارات العبور، مثلها مثل دارتها المكمِّلة، الدائرة الوظيفية – الطحال، بين دارات التخزين. ولكنها قبل كل شيء عبارة عن مستودع تعويض مهم يتم انطلاقاً منه إمداد الدوائر الوظيفية الإحدى عشرة الباقية بالطاقة الآتية من الطعام. جاء في Yizong bidu، «دروس إلزامية في الموروث الطبي»: «إذا تم تقويض التكوكب الطاقوي للدارة المعدية، يغدو من الصعوبة بمكان استخدام أيّ من الأدوية المئة». وهذا يعني أنه إذا انهارت الوظيفة المنسِّقة والمناغِمة للدارة المعدية لا يعود بمقدور أيّ دواء تقديم العون.

10. الدائرة الوظيفية- المعي الغليظ (Orbis intestini crassi ؛dachang):

تُعتبر الدائرة الوظيفية – المعي الغليظ في جوقة الدارات عضو متابعة التوصيل. فهي إحدى المحطّات المؤقّتة التي يتم فيها متابعة تحويل الطعام إلى طاقة وتوزيعه.

11. الدائرة الوظيفية - المثانة (Orbis vesicalis ؛ pangguang):

تُعتبر الدائرة الوظيفية – المثانة في الطب الصيني الغني بالتشبيهات والمقارنات المجسَّمة الواضحة «عاصمة الإقليم» التي تَفِدُ إليها العصارات الفاعلة والبنائية من كل حدبٍ وصوب وتُختزن فيها. وهنا تختبر المزيد من التبدّل والتحوّل قبل أن يتم إفرازها. وبذلك ينسب الطب الصيني للدارة المثانية وظائف تتجاوز بدورها تلك التي تعتبرها الفيزيولوجيا الغربية عادة وظائف المثانة البولية. فهي تشمل جزءاً من المهام الفيزيولوجية التي تتولاها، تبعاً لمطابقات الطب الغربي، عدا المثانة، كلّ من الكليتين، المعي الدقيق والمعي الغليظ. ويتشابك الحدث الوظيفي في هذا المجال تشابكاً ينجم عنه تشكيل الدائرة الوظيفية – المثانة والدائرة الوظيفية – الكلية زوجاً تكامليّاً.

12. المجال الحراري الثلاثي (Orbis tricalorii ؛sanjiao):

كتب الطبيب الشهير Sun Simo الذي عاش في القرن السابع بعد الميلاد، والذي يُفترض أنه توفي عام 682 عن عمر يتجاوز المئة عام، كتب عن المجال الحراري الثلاثي ما يلي: «للمجال الحراري الثلاثي اسم، ولكن ليس له هيئة جسدية». ويُعتبر هذا الإثبات المقتضب إحدى أروع الإشارات إلى المرجعية الوظيفية للطب الصيني الذي لا يُعمل تفكيره في الحوامل الجسدية للوظائف. ورغم ذلك يمكننا أن نعثر حتّى في المؤلّفات الكلاسيكية على محاولات لتعيين موضع المجال الحراري الثلاثي في الجسم. ففي Lingshu مثلاً يسأل الأمير الأصفر كونت Qi: «فسِّر لي من أين تأتي المجالات الحرارية الثلاثة؟». فيجيب الكونت: «المجال الحراري العلوي ينطلق من فم المعدة العلوي ويصعد نحو الأعلى مخترقاً الحجاب الحاجز لينتشر في القفص الصدري. المجال الحراري المتوسّط ينبثق عن المعدة كذلك، من خلف المجال الحراري العلوي. والمجال الحراري السفلي يتفرّع عن اللفائفي ليصبّ طاقته في المثانة». ولقد تخلّى المفكّرون الطبيون الصينيون منذ Sun Simo عن هذه المحاولات الساذجة للتوصيف التشريحي واقتصروا على ذكر القواعد الوظيفية.

وفقاً لذلك يُعزى للمجال الحراري الثلاثي دور «الممرات الواصلة» في مجمل العضوية. فهو يشكّل أساس دورة العصارات ويشارك دوائر وظيفية أخرى في تنظيمها أيضاً. ونجد في فقرة من Zhongzangjing [55]. وصفاً مستفيضاً مبالغاً فيه بالتأكيد لأهمية المجال الحراري الثلاثي، يعود إلى عصر – Sung: «إنه القيادة المركزية لطاقات الدارات كافة، للطاقات العاملة كطاقة بناء ودفاع، للطاقات المؤثرة داخل وخارج طرق التوصيل، في الأيسر وفي الأيمن، وفي الأعلى وفي

الأسفل. عندما تكون طاقة المجال الحراري الثلاثي نفوذة، يكون كل من الداخل والخارج، الأيسر والأيمن، الأعلى والأسفل، على اتصال بصورة عامّة. ومن بين الوظائف التي تشمل الشخصية بكاملها وتتغلل في الجسد، وتنسِّق الداخل وتُشرك الخارج، وتُظهر الأيسر وتحافظ على الأيمن وتقود نحو الأعلى وتوصل نحو الأسفل، ليس هناك أهم من هذه الوظيفة».

وقد بقيت مثل هذه المحاولات الهادفة لإعلاء شأن المجال الحراري الثلاثي حالاتٍ نادرة. وفي النهاية، فهو لا يلعب في نظرية الطب الصيني العامّة سوى دور ثانوي، بغض النظر عن بضع فقرات في مبحث طرق التوصيل، حيث احتُفظ به لدواعي التناظر.

على أنه يجدر بالمفكّر الطبي الاهتمام بالمجال الحراري الثلاثي بوصفه مثالاً على كيفية التوفيق في العصور المختلفة بين مستويات التجربة والخبرة المتباينة في دقّتها من جهة وبين التشكّلات النظرية الموجودة في كل حالة من جهة أخرى. لم يكن بإمكان الأطبّاء الصينيين بدايةً تشخيص الاضطرابات، بطريقة جسّ النبض التي لم تكن قد نضجت بعد، سوى في ثلاثة مجالات وظيفية ومناطق جسدية، ألاّ وهي المجال الجسدي العلوي، من حلمتي الثديين باتّجاه الأعلى، المجال الجسدي المتوسّط والمجال الجسدي السفلي، من السرّة تقريباً باتّجاه الأسفل. هذه المناطق الثلاث من الجسم، والتي تتكشّف فيها الفعاليات والمظاهر الحيوية، أطلق عليها الصينيون اسم مجالات حرارية. وفقط فيما بعد، ومع الطرق التجريبية المصقولة والمدقّقة للجسّ، تم التوصّل إلى إلحاق أشكال محدَّدة تماماً من النبض بكلّ من الدارات الوظيفية بشكلٍ صريح. ورغم ذلك لم يُستبعد مفهوم المجال الحراري الثلاثي من نظرية الطب بشكلٍ كامل، وإنما جرى تناقله عبر القرون ليعمل في تطوّر نظرية الطب تشويشاً تارةً وإخصاباً تارةً أخرى. وكون المجال الحراري الثلاثي لا يلعب اليوم سوى دورٍ ثانوي وعمومي تماماً، لهو علامة على النضوج الرفيع للطب الصيني. فتبعاً لذلك يجمع المرء داراتٍ وظيفية مختلفة في مجالٍ حراريّ واحد، أي الدائرتين الوظيفيتين – الرئة والقلب في المجال الحراري العلوي، الدوائر الوظيفية – الطحال، المعدة، الكبد والمرارة في المجال الحراري المتوسّط والدوائر الوظيفية – الكلية، المثانة، المعي الدقيق والمعي الغليظ في المجال الحراري السفلي.

الزوج التكاملي	طور التحوّل	المذاق	الرائحة	التمظهر الصوتي	اللون	التوقيت اليومي/ الفصل	التمثيل الوظيفي	التكشّف الخارجي
الدارة الكبدية/**gan** الدارة المرارية/**dan**	الخشب	الحامض	بول وعرق	نداء وصراخ	أخضر وأزرق مخضرّ	ما قبل شروق الشمس/ الربيع	العضلات والأوتار	الأظافر
الدارة القلبية/**xin** الدارة المعوية الدقيقة/**xiaochang**	النار	المرّ	رائحة احتراق	ضحك	أحمر قرمزي	ما قبل الظهر/ الصيف	طرق التوصيل الحاملة لـ**xue**	الوجه
الدارة الطحالية/**pi** الدارة المعدية/**wei**	الأرض	الحلو	رائحة زكية	غناء	أصفر	بعد الظهر/ الصيف المتأخّر	«اللحم» العناصر المحدِّدة لشكل	الشفتان
الدارة الرئوية/**fei** الدارة المعوية الغليظة/**dachang**	المعدن	الحارّ	لحم نيئ - سمك نيئ	بكاء	أبيض	بعد الظهر المتأخر/ الخريف	الجلد (شعر الجسم)	شعر الرأس
الدارة الكلوية/**shen** الدارة المثانية/**pangcuang**	الماء	المالح	عفونة	تأوّه	أسود	قبل منتصف الليل/ الشتاء	العظام ونخاع العظم	شعر الجسم
الدارة التأمورية/ **xinbao** دارة المجال الحراري الثلاثي/ **sanjiao**	**Xinbaoluo sanjiavo**							

دارات العبور (Orbes aulici)

يقوم التخطيط الأيقوني لدارات العبور مبدئيّاً على الترتيب ذاته مثل دارات التخزين. وبالفعل فإن المصادر والشروحات الصينية فيما يتعلّق بوظائف دارات العبور أقلّ جدوى بكثير منها فيما يتعلّق بدارات التخزين. على أن عدم توازن التعريفات والتوضيحات بين دارات Yin - ودارات Yang - أقلّ مما يبدو للوهلة الأولى؛ إذ إن أكثرية البيانات المعطاة لدارة تخزين معيّنة تنطبق أيضاً - بشكلٍ غير مباشر، ولكن واضح وصريح - على دارة العبور المتّحدة معها في زوجٍ وظيفيّ واحد.

	الدائرة الوظيفية المرارة **Orbis felleus**	الدائرة الوظيفية المعي الدقيق **Orbis intestini tenuis**	الدائرة الوظيفية المعدة **Orbis stomachi**	الدائرة الوظيفية المعي الغليظ **Orbis intestini crassi**	الدائرة الوظيفية المثانة **Orbis vesicalis**	المجال الحراري الثلاثي **Orbis tricalorri**
التحديد الكيفي تبعاً لـ Yin و Yang	كافة دارات العبور هي دارات - Yang					
الموقع في دورة	الخشب **transvectus ligni**	النار **transvectus ignis**	الأرض **transvectus humi**	المعدن **transvectus metalli**	الماء **transvectus aquae**	
دارة التخزين المكمِّلة التي تشكّل معها دارة العبور زوجاً وظيفيّاً	الدائرة الوظيفية الكبد **Orbis hepaticus**	الدائرة الوظيفية القلب **Orbis cardialis**	الدائرة الوظيفية الطحال **Orbis lienalis**	الدائرة الوظيفية الرئة **Orbis pulmonalis**	الدائرة الوظيفية الكلية **Orbis renalis**	الدائرة الوظيفية التأمور **Orbis pericardialis**
	كافة دارات العبور هي دارات خارجية؛ ودارة التخزين المكمِّلة لكلّ منها هي دارة داخلية.					
الشريان الصيني						

النبض الكعبري النوعي	نبض مضيقي سطحي في اليد اليسرى	نبض إبهامي سطحي في اليد اليسرى	نبض مضيقي سطحي في اليد اليمنى	نبض إبهامي سطحي في اليد اليمنى	نبض قدمي سطحي في اليد اليسرى	نبض قدمي سطحي في اليد اليمنى
الوظيفة المميّزة للدارة	تتولّى الدارة المرارية في مجمل العضوية دور عضو التوجيه الذي تنطلق منه القدرة على اتّخاذ القرار. إنها توجّه دوافع كافة الدارات الباقية.	تتولّى الدارة المعوية الدقيقة في مجمل العضوية مهمّة امتصاص الطعام وتحويله. يتم فيها الفصل بين الطعام الدقيق والخشن؛ الرائق والعكر؛ الصلب والسائل، ومتابعة توزيعه.	يُعزى للدارة المعوية في مجمل العضوية دور المخزن المؤقت الذي يتم انطلاقاً منه توزيع المواد الغذائية للمذاقات الخمسة. إنها مستودع التعويض للطاقة الواردة مع الطعام بالنسبة لكافة الدارات.	تتولّى الدارة المعوية الغليظة في مجمل العضوية مهمّة عضو متابعة التوصيل، والمختص بتحويل الطعام وتخزينه المؤقت.	تلعب الدارة المثانية في مجمل العضوية دور «عاصمة إقليمية» تَفِد إليها العصارات الفاعلة والبنائية وتُختزن فيها. ولا تخرج هذه الأخيرة إلاّ في حالة من التبدّل.	يتولّى المجال الحراري الثلاثي في مجمل العضوية دور الممرّات الواصلة، وهذا يعني أنه أساس دوران العصارات بمجمله وإحدى الجهات المنظّمة له. يُعتبر المجال الحراري الثلاثي أصل طاقة البناء التي تدور في طرق التوصيل وتمكّن من تكشف الدارات، وفي الوقت نفسه، طاقة الدفاع التي تتخلّل سطح الجسم خارج طرق التوصيل وتصدّ الانحرافات القادمة من الخارج.

الفصل الرابع
علم الشرايين الصينية
Sinarteriologie

مبحث نقاط التنبيه وطرق التوصيل

رغم أن المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي لا تشكّل سوى فرعٍ من الطب الصيني، فإن معالجة الأمراض بوخز الإبر وبالمخاريط المحترقة المدخّنة تُعتبر في الغرب، وإلى حدّ بعيد، طريقة المعالجة الصينية الوحيدة. والسبب في ذلك قبل كل شيء أن التقارير والروايات الواردة إلى أوروبا منذ القرن السابع وأوائل القرن الثامن عشر تركّزت قبل كل شيء على طب الإبر الغريب. وقد نشر آنذاك الطبيبان تِن رينه وإنغلبرت كيمفر مشاهداتهما بعد أن سافرا إلى اليابان بتكليفٍ من الشركة الهولندية – الشرق هندية. ويُرجَّح أن أوّل من وصف الوخز بالإبر كإمكانية معالجة كان الفرنسي فيليكس فيك دازور الذي عاش من عام 1748 إلى عام 1794. وبعد ذلك كان الأطبّاء الفرنسيون هم من اهتمّ واشتغل بالمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي. وقامت أكاديمية العلوم في باريس بإحداث لجنة لبحث هذا الطب. ولا يزال التقليد الذي أُسس في فرنسا آنذاك مستمرّاً إلى اليوم.

ولكن المرء في أنحاءٍ أخرى من أوروبا أيضاً أخذ يهتمّ، وبصورة مبكرة، بالوخز بالإبر ويشتغل به. فقد منحت جامعة أوبسالا السويدي غوستاف لاندغرين عام 1829 شهادة الدكتوراه عن أطروحة حول المعالجة بالإبرة. كما اهتمّ أطبّاء كبار في ألمانيا آنذاك بهذه الطريقة. أما الدفعة الأكثر أهمية فقد أطلقها الباحث الطبي بابتيست فريدرايش من فورتسبورغ، والذي قدّم في مجمع الباحثين الطبيعيين والأطبّاء الألمان عام 1825 في فرانكفورت تقريراً عن خبراته المتعلّقة بموضوع المعالجة بالإبرة. وفي مشفى شاريتيه في برلين قام أطبّاء باختبار الأشكال المختلفة للمعالجة بالوخز بالإبر. كما ترجع إلى هذه الفترة أيضاً المحاولات الأولى لوصل الإبر بـ «عمود فولت». وتُعتبر هذه المحاولات رائدة الوخز بالإبر الكهربائي واسع الانتشار اليوم، وهو الذي جرى تطويره في الغرب. ولا يشترك هذا الشكل من المعالجة بالإبرة بشيء مع الطرق الصينية التقليدية سوى بالإبرة على أبعد تقدير.

إلاّ أن الاهتمام بالوخز بالإبر سرعان ما خفّ ثانية. ويعود الفضل في أن النسيان لم يطو الوخز بالإبر كلّيّاً، إلى مبادرات فردية دون غيرها، قام بها في النصف الأوّل من القرن الماضي، وعلى مدى زمني طويل، أطبّاء مثل فرانس هوبوتر، وغيرهاردباخمان. وفجأةً حظي الوخز بالإبر بالاهتمام عالميّاً، وذلك عندما أطلع الصينيون العالم على تقنيّاتهم الجراحية المطوّرة من جديد، ولكن قبل كل شيء في أعقاب تقارير الصحفي الأمريكي جيمس ريستون المذكورة سابقاً، والتي اعتُبرت خبراً خارقاً ومثيراً. وحيث أن هذه التقارير استندت إلى خبرات شخصية، فقد كانت أجدر بالتصديق بكثير من العروض المتسربة من جمهورية الصين الشعبية قبل ذلك.

فقد اكتشف المرء فجأة أن بإمكان الإبر ليس إزالة ألم العملية الجراحية وحسب، وإنما أيضاً معالجة الشقيقة، الآلام العصبية، آلام الأسنان والكثير من الاضطرابات الأخرى في الجسم. على أن الأطبّاء الغربيين يخزون إبرهم، دون استثناء تقريباً، تبعاً لوصفات جاهزة، وليس بناءً على تشخيصٍ صينيّ، يغرسون إبرهم استناداً إلى مجرّد الخبرة بأن شكايات محدَّدة تتحسن عندما يخز المرء نقاطاً أو مشاركات نقطية معيّنة.

والطب الصيني المنهجي لا يعرف مثل هذا الوخز حسب الوصفة. فتبعاً له يتم تحديد ما يُسمّى بالثقوب أو نقاط التنبيه التي توخَز الإبر فيها أو تُحرَق فوقها مخاريط عشبة حبق الراعي بمساعدة الموجود التشخيصي وحده، وذلك طبقاً للمسلّمات العقلانية لنظرية الطب. ويشكّل مبحث

نقاط التنبيه وطرق التوصيل أو – بالأسماء اللاتينية – علم الثقوب (Foraminologie) وعلم الشرايين الصينية (Sinarteriologie) الأساس النظري للمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي (Aku–Moxa–Therapie).

أساسيات حول نقاط التنبيه:

بعض نقاط التنبيه محدَّد الموقع، وبعضها الآخر عبارة عن مواضع من الجلد تلفت النظر في اضطرابات معيّنة من خلال إحساساتٍ خاصّة مثل الألم، وبالتالي تتميّز عمّا حولها. وبذلك تصبح ذات أهمية تشخيصية وعلاجية بالنسبة للطبيب. وبإمكانه في حال الموجود الموافق، والمؤكَّد بالتشخيص الإجمالي، أن يخِز الإبر في هذه النقاط بقصد المعالجة.

التسمية الصينية لنقاط التنبيه هي xue، وتعني «ثقب»، «فتحة»، «تجويف». والترجمة اللاتينية الدقيقة لهذه الكلمة هي foramen، وهي تعني «ثقبةً»، وفي الوقت نفسه تعني «تجويفاً» أيضاً. إذن، فمع التعبير اللاتيني لا يضيع شيء من المعنى الصحيح المزدوج لكلمة xue؛ إذ إن نقاط التنبيه كثيراً ما تقع في تجويفات سطح الجسم التي يمكن للطبيب بقليل من التمرين تحسّسها. ولكنها في الوقت نفسه فتحات عبور للطاقة الدائرة في الجسم. ولذلك بإمكان المرء التأثير على جريان الطاقة عندما يَخِز الإبر في هذه الأمكنة. وليس الطبيب فقط يمكنه تحسس هذه الـforamina، بل كثيراً ما يكون بإمكان المريض الشعور بها بنفسه، إذ إنها تكون في أمراضٍ معيّنة أكثر حساسيةً ألمية من المعتاد.

يميِّز الصينيون ثلاثة أنواع من نقاط التنبيه، وذلك تبعاً لظهورها:

1. **ثقوب لهذا الغرض بالذات** (foramina ad hoc). وتظهر في نقاطٍ لا يعرفها الطبيب. ولذلك يجب عليه تحسّسها من حالة لأخرى، ويمكنه معالجتها في الحال عن طريق تدليك هادف أو وخز الإبر.

2. **ثقوب خارج طرق التوصيل** (foramina extracardinalia)[56]. وهي نقاط التنبيه تلك التي تصادَف عمليّاً لدى كل البشر في المواضع ذاتها (ولذلك فهي معروفة لدى الطبيب). ولكنها

تقع خارج منظومة طرق التوصيل. وتوصف مئات عدّة منها اليوم في المراجع. ولما كانت غير مشمولة في السياق المنهجي الأضيق للطب الصيني، فإن أهميتها تكمن في المعالجة بالدرجة الأولى.

3. **ثقوب طرق التوصيل** (foramina cardinalia). تقع نقاط التنبيه هذه على سطح الجسم في أماكن محدَّدة طوبوغرافياً بدقّة منذ أكثر من ألفيّ سنة، وتتّصل ببعضها بعضاً عن طريق طرق التوصيل.

أساسيات حول طرق التوصيل:

في حين يقوم مبحث نقاط التنبيه على الخبرة، أي أنه علم تجريبي، فإن مبحث طرق التوصيل عبارة عن جمعٍ عقلاني نظري للملاحظات والمشاهدات المنصبّة على نقاط التنبيه. ورغم أنه تدور في طرق التوصيل (التي غالباً ما تُسمّى في الأدب الغربي بشكلٍ أقلّ صواباً «خطوط الطول» (Meridiane)، تبعاً للمفهوم الصيني، الأشكال المختلفة للطاقة الفيزيولوجية، إلاّ أنها، كوصلاتٍ بين نقاط التنبيه المفردة، عبارة عن مسلّمات نظرية. وهذا لا يتناقض أبداً مع كون جريان الطاقة في طرق التوصيل قد أمكن في هذه الأثناء البرهان عليه تجريبيّاً أيضاً.

فلهذا الغرض كان الياباني ماناكا قد وصل بسلك بين إبرتين مغروستين في نقطتي تنبيه[57]. كما وصل بينهما، عدا ذلك، صمّاماً مدّخريّاً ثنائي القطب، بحيث لا يمكن أن يجري التيار إلاّ في اتّجاه واحد. وبذلك أمكن مراقبة جريان التيار والنجاح العلاجي في آن معاً. وكما قلنا، فإن هذا البرهان لا يتعارض مع تكوين النظرية الصينية، بل الأرجح أنه يثبت مدى صحّة، وبالتالي مشروعية المسلمات النظرية. إن العبارة اللاتينية «arteria» تعني في الوقت نفسه «نبضاً» و«وعاءً نابضاً» أو «شرياناً». وبذلك فهي تقترب جدّاً من التسمية الصينية mo لطرق التوصيل. على أنه لو وصفنا طرق التوصيل بالشرايين لما كان من المستبعد الخلط بينها وبين الأوعية الدموية ذات الاسم نفسه في الطب الغربي. لذلك فإننا نُسبقها بالبادئة Sin وندعو طرق التوصيل بالمصطلح sinarteriae (الشرايين الصينية). ولما كان مبحث الشرايين الصينية يشكّل البناء

النظري الفوقي لمبحث نقاط التنبيه، فإننا نجمع كلتا المنظومتين – غير القابلتين للفصل أصلاً – في الغالب تحت اسم علم الشرايين الصينية (Sinarteriologie).

وللشرايين الصينية، بحسب نظرية الطب الصينية، صلة بالدوائر الوظيفية؛ فهي ترتبط معها بحيث يمكن القول، في مقاربة أوّلية، عن كل دارة يطابقها زوج مما يُسمّى طرق التوصيل الرئيسة. وتشكّل الشرايين الصينية الإكمال الخارجي أو species للداخل، لـ intima: فهي إكمال للدارات.

الشكل **رقم (3)**:

تصوير فني للثقوب الـ18 الواقعة على طريق التوصيل الرئيس Yin العائد إلى الدارة التأمورية. ويُرجَّح أنه من القرن الثامن عشر. لوحة مائية موجودة في Wellcome Foundation، لندن:



يميّز علم الشرايين الصينية بين نوعين مختلفين من طرق التوصيل: طرق التوصيل الرئيسة (sinarteriae cardinales) والطرق الشبكية (sinarteriae reticulares). ويُقسم كل نوع بدوره إلى مجموعاتٍ مختلفة[58].

طرق التوصيل الرئيسة (Sinarteriae cardinales):

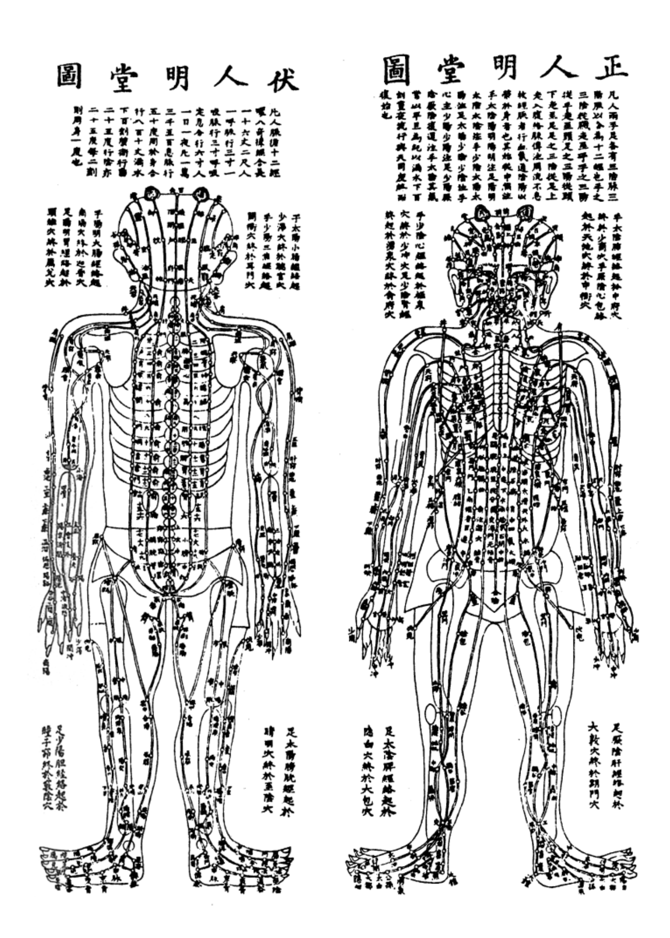
ينتمي إلى كل دائرة وظيفية واحدٌ من طرق التوصيل الرئيسة الاثنتي عشرة. وتبعاً للتمييز التخطيطي – الأيقوني بين دارات Yang ودارات Yin، فإنه يعود إلى كل دارة عبور طريق توصيل رئيسة Yang وإلى كل دارة تخزين طريق توصيل رئيسة Yin. ونحن نعرف من التخطيط الأيقوني للدارات أيضاً أن كل زوج مؤلَّف من دارة عبور ودارة تخزين يشكّل زوجاً وظيفيّاً واحداً. وتتحقّق العلاقات القائمة فيه بوساطة طرق التوصيل الرئيسة. وهنا يسري ما يلي: كل طريق توصيل رئيس – Yang هو طريق توصيل رئيس خارجي (طريق توصيل الجانب الظاهري)؛ وهو ينتمي إلى دارة عبور ويتّصل بدارة التخزين المكمِّلة. وبالمقابل فإن كل طريق توصيل رئيس – Yin هو طريق توصيل رئيس داخلي أو باطني؛ وهو ينتمي إلى دارة تخزين ويتّصل بدارة العبور المكمِّلة. وهذا يعني أن كل زوج وظيفي مؤلَّف من دارة تخزين ودارة عبور يترابط عن طريق طريقي توصيل رئيسين متشابكين وظيفيّاً وينتميان إلى هاتين الدارتين.

الشكل رقم (4)

تصوير لطرق التوصيل في Zhenjiu Jicheng («الموجز في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي»). يبيّن الرسمان المسار التخطيطي لطرق التوصيل الرئيسة (sinarteriae cardinales) على الوجهين الأمامي والخلفي للجسم البشري (البطن والظهر). يتمسّك التصوير بشدّة بالتراث الكلاسيكي ويختلف عن لوحات الوخز بالإبر الأكثر دقّة والأكثر وثوقاً ظاهريّاً، والتي أصبحت «موضة» في الصين، وقبل كل شيء في الغرب، منذ أواسط القرن العشرين. ما تجدر ملاحظته في هذين الرسمين: **1**. عدم مراعاة تفاصيل جوف الجسم – على سبيل المثال المسار المفترض لطرق التوصيل فيه، البنية العظيمة، الأحشاء – إلاّ تلميحاً أو عدم مراعاتها على الإطلاق، وفي الحقيقة بالقدر الذي مكنها فيه أن تخدم التوجّه المعقول أثناء الجسّ أو التفتيش على سطح الجسم.

2. الأبعاد لا تطابق النسب القياسية الفعلية: فالفخذ يبدو قصيراً بوضوح، والقدم مكبَّرة. وبالمقابل فهما يسمحان بالتعرّف بدقّة كبيرة على النسب البيومترية التي تلاحظ عن طريق مقارنة امتدادات طرق التوصيل على الجذع وعلى كل من الأطراف الأربعة: فالفواصل بين النقاط الواقعة على طريق توصيل ما يتم تحديدها تبعاً للبوصة (البيومترية) (cun)، حيث تُستخدم قبل كل شيء الفواصل الطبيعية على يد المريض من أجل تحديدها. إذن تسمح اللوحات بالتعرّف بسرعة كبيرة على الفواصل النسبية، ولكنها بالمقابل لا تقدِّم قياسات أو قيم وسطية إحصائية.

تُصوَّر طرق التوصيل على هذه اللوحات كـ «توصيلات»، ذلك أن نظرية الطب الصينية، وإن كان لا يمكنها تحديد مكان الطاقات الفاعلة أو بالأحرى الجوانب الفاعلة من الطاقة مادّياً، ولكنها تحدّد بالتأكيد مكان الطاقات البنائية (Ying, Xue = طاقة البناء). ويتم تحريك أشكال الطاقة الأخيرة عن طريق تأثر أشكال الطاقة الأولى «عبر طرق التوصيل» أو «في طرق التوصيل».



يبدأ كل طريق رئيس بنقطة تنبيه وينتهي بنقطة تنبيه أخرى. ولتوصيف مسير طرق التوصيل ثمّة أربعة معايير تمييز إجمالاً تتمتّع بالأهمية:

1. التقسيم الثلاثي إلى الرأس، الجذع، الأطراف؛

2. التمييز أعلى وأسفل، حيث يشكِّل الحجاب الحاجز الحدّ الفاصل تقريباً؛

3. التمييز: الوجه الأمامي للجسم والوجه الخلفي أو الظهر؛

4. اتّجاه سير طريق التوصيل.

تبعاً لهذه المعايير يمكن وضع بعض المقولات حول سير طرق التوصيل الرئيسة: تسير طرق التوصيل الرئيسة لدارات التخزين الواقعة في الأعلى – أي الدارة القلبية، الدارة الرئوية والدارة التأمورية – على الوجه الباطني للطرفين العلويين، أي الذراعين. أما طرق التوصيل الرئيسة لدارات التخزين الواقعة أسفل الحجاب الحاجز – أي الدارة الكبدية، الدارة الطحالية، والدارة الكلوية – فتسير على الوجه الباطني للطرفين السفليين، أي الساقين.

كل طريق توصيل رئيس داخلي (أي كل طريق توصيل رئيس عائد لدارة تخزين) يتلاقى مع طريق التوصيل الرئيس الخارجي المكمِّل له (أو طريق التوصيل الرئيس العائد لدارة العبور المكمِّلة) إما عند أصابع اليدين أو عند رؤوس أصابع القدمين. لذلك تسير طرق التوصيل الرئيسة لدارات العبور (المكمِّلة لكل من الدارة القلبية، الدارة الرئوية والدارة التأمورية)، وهي الدارة المعوية الدقيقة، الدارة المعوية الغليظة والمجال الحراري الثلاثي، على الوجه الخارجي أو الظاهري للذراعين. وتسير طرق التوصيل الرئيسة لدارات العبور المكمِّلة لدارات التخزين «السفلية»، وهي الدارة المرارية، الدارة المعدية والدارة المثانية، على الوجه الخارجي أو الظاهري للساقين.

وطبقاً لذلك تُدعى طرق التوصيل الرئيسة – Yangالتي تسير على الذراعين طرق التوصيل الرئيسة – Yang اليد أيضاً، والتي تسير على الساقين طرق التوصيل الرئيسة – Yang القدم. وقياساً على ذلك نميّز أيضاً طرق التوصيل الرئيسة – Yin اليد وطرق التوصيل الرئيسة – Yin القدم.

ويُعتبر الرأس، بوصفه واقعاً في الأعلى، Yang بمعنى أن طرق التوصيل الرئيسة – Yang الستة جميعها تسير باتّجاه نقطة تنبيه واقعة في الرأس: طرق التوصيل الرئيسة – Yang اليد انطلاقاً من نقطة المُنطلق الواقعة على أحد أصابع اليد وطرق التوصيل الرئيسة – Yang القدم انطلاقاً من نقطة المُنطلق الواقعة على أحد أصابع القدم.

على كل طريق توصيل رئيس يقع عدد مختلف من نقاط التنبيه؛ فطريقا التوصيل الرئيسان القلبي والتأموري يكتفيان بتسعة ثقوب على كل منهما، بينما يعدّ المرء على طريق التوصيل المثاني ما يزيد عن 67 نقطة تنبيه. ونقاط كل طريق توصيل مُرقَّمة، ولكن لكلٍ منها اسم صيني أيضاً.

والأهم من الجوانب الشكلية للتمييز الواضح لنقاط التنبيه هو تمييزها الكيفي – بالنظر إلى الأهمية العلاجية. وهذا ما يتم من جديد استناداً إلى المعايير العرفية، وقبل كل شيء استناداً إلى أطوار التحوّل الخمسة. وعندئذٍ يمكن للطبيب، معتمداً على تشخيصه وحده، أن يستنتج بدقّة ما هي نقاط التنبيه (أو المشاركة النقطية) التي يجب عليه وخزها أو تسخينها.

المجموعات الخاصّة من نقاط التنبيه: المحثّات الخمسة

تُعتبر كافة نقاط التنبيه بالتعريف محثّات، فهي نقاط توصيل ذات تأثير فعلي راهن. ولكن ثمّة خمس نقاط على كل من طرق التوصيل الرئيسة الاثني عشر تكون متميّزة بصفة خاصّة، تُسمّى المحثّات الخمسة. وهي تتميّز عن نقاط التنبيه الأخرى بمطابقاتها لأطوار التحوّل الخمسة. وبحسب ذلك فإن لكل طريق توصيل رئيس نقطة تنبيه خاصّة تتحدّد كيفيّاً بطور التحوّل – الخشب (foramen ligni)، ونقطة بطور التحوّل – النار (foramen ignis) ونقطة بطور التحوّل – الأرض (foramen humi)، ونقطة بطور التحوّل – المعدن (foramen metalli). ونقطة بطور التحوّل – الماء (foramen aquae). وتقع جميع هذه النقاط قريباً من نقاط بداية أو نهاية طرق التوصيل الرئيسة. وهذا يعني أنها تقع دوماً عند نهايات الأطراف أو بالقرب منها. وكثيراً ما تكون متجاورة، ولكن في بعض الأحيان تقع بينها نقطة أو عدّة نقاط أخرى. وبذلك يغدو في وسع المعالج تطبيق قواعد أطوار التحوّل الخمسة – لا سيما تسلسل الإنتاج، تسلسل الكبح وتسلسل القهر أو التغلّب – على نقاط التنبيه أيضاً ووضع الإبر أو المخاريط المحترقة طبقاً لهذه القواعد.

هذا التحديد الكيفي الخاص للمحثّات الخمسة بأطوار التحوّل يعني في الوقت نفسه علاقةً واضحة بانحرافاتٍ مرضيّة معيّنة. وهكذا فـ «نقطة البئر» الواقعة دوماً عند نهاية الطرف (foramen puteale؛ بالصينية: jing) لها علاقة خاصّة بالاحتقانات في أعلى ووسط البطن.

النقطة التالية هي «نقطة التدفّق» (foramen effusorium؛ xing)، وتتأثر بصورة انتقالية في موجودات – الحرارة (calor) وفي الحمّى.

والنقطة التالية، وتُسمّى «نقطة الحثّ أو التحريض» (foramen inductorium؛ shu)، وتتأثر عندما يتعطّل التعويض المركزي، استيعاب المنبّهات المحيطية وإدماجها، ويظهر الوهن أو الآلام المفصلية.

تتأثر واحدة أو عدّة «نقاط عبور» (foramina transitoria؛ jing)، عندما يتعطّل التنظيم بين الداخل والخارج، بين intima وspecies، وتُلاحظ أعراض مثل القشعريرة، الهبّات الساخنة، شكايات تنفّسية وما شابه.

أخيراً تبدي «نقاط الاتصال» (foramina coniunctoria؛ he)، عند المرفق أو الركبة تأثيراً خاصاً في اضطرابات توازن العصارات، في اضطرابات الدورة الدموية وفي الإسهالات والسلس البولي أيضاً. (في كل هذه الحالات يكشف التشخيص الفردي بالطبع أيّة نقاط من الـ12 نقطة في كل مجموعة، والتي يجب وخزها بالفعل).

غنيّ عن التأكيد على أن الخبرة الطبية العملية الإضافية، إلى جانب إتقان النظرية الطبية، تسهِّل اختيار النقاط الصحيحة. على أن القدر الرفيع من التشكّل النظري الذي يمتاز به الطب الصيني يتّضح تماماً في هذه المحثّات الخمسة بالذات. ويبيِّن هذا المثال في الوقت ذاته مدى دعم المعرفة التجريبية لهذه النظرية.

ولكن إلى جانب المحثّات الخمسة هناك يضع نقاط تنبيه مميّزة أخرى.

الاتصال في نقاط الربط (foramina nexoria):

علمنا سابقاً أن «أزواج» الدوائر الوظيفية التكاملية تتّصل ببعضها بعضاً بواسطة طرق التوصيل. والواقع أن الطرق الشبكية (sinarteriae reticulares) توفّر هذه الاتصالات. فمن

إحدى نقاط طريق توصيل رئيس يتفرّع هذا الطريق الشبكي ليتّصل بنقطة منطلق طريق التوصيل الرئيس المكمِّل. وتُسمّى النقطة التي يتفرّع عندها الطريق الشبكي نقطة الربط. وتُعتبر نقاط الربط هذه النقاط الأساسية لتبادل الطاقة بين طرق التوصيل الرئيسة التكاملية، وبالتالي بين الدارات التكاملية أيضاً. ومن هنا فإن هذه النقاط تتمتّع بأهمية خاصّة، سواء من وجهة نظر تشخيصية أم علاجية، في اضطرابات تبادل الطاقة.

الشقوق في المنظمة: الثقوب الشقية (foramina rimica):

يعني التعبير اللاتيني rima «شقاً». واشتقاقاً من ذلك تُسمّى نقاط محدَّدة على «المسافات البينية»، أو بالأحرى ثنيات الذراعين والساقين، «شقوقاً يمكن للطاقة الفيزيولوجية أن تتجمّع فيها، تستقرّ أو تحتقن. وقد تؤدّي مثل هذه الاحتقانات إلى اضطرابات معنّدة بشدّة في جريان الطاقة في طريق توصيل رئيسة، ولذلك لا بد من وخز هذه النقاط غالباً في الاضطرابات الشديدة والمعنّدة بشكل خاص. وتوجد على كل طريق توصيل رئيسة نقطة شقية واحدة (foramen rimicum)، وتوجد، عدا ذلك، أربع نقاط أخرى على طرق التوصيل الرئيسة المفردة.

التأثير عبر الظهر في الطاقة الفاعلة: المحثات الظهرية (inductoria dorsalia):

عبارة عن 18 نقطة تنبيه إجمالاً تقع جميعها على طريق التوصيل الرئيسة المثانية، أي على طريق التوصيل الرئيسة للدائرة الوظيفية – المثانة. وتُسمّى جرّاء موقعها المحثات الظهرية. وتمارس اللحظات الفاعلة للدارات الاثنتي عشرة ولمناطق الجسم الست التي سيأتي ذكرها لاحقاً، تأثيرها الصرف والشديد في هذه المحثات الظهرية. ولذلك فهي تتمتّع بأهمية خاصّة في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي في اضطرابات كافة الوظائف الفاعلة التوسعية للدارات.

توجيه التجمّع على الوجه البطني: المجمّعات البطنية (conquisitoria abdominalia):

وأخيراً هنالك نقاط تنبيه يمكن فيها التأثير على الجوانب البنائية للدارات الاثنتي عشرة بصورة صرفة وشديدة. وهذه تشكّل المقابل للنقاط الواقعة على الظهر الذي يطابق Yang، وتُسمّى باللاتينية conquisitorium. وتعني كلمة conquirere، مثل الكلمة الصينية mu، «جمع (الشعب) على مهمّة مُستعجلة أو عملٍ ملحّ». ففي هذه النقاط يتم استدعاء الموارد البنائية، أي المادّية، لدائرة وظيفية معيّنة وتعبئتها. ولما كانت هذه النقاط جميعها تقع على الوجه البطني فإنها تُسمّى المجمّعات البطنية (أو نقاط الإنذار البطنية – المترجم).

يُعتبر إلحاق المجمّعات البطنية بطرق توصيل رئيسة معيّنة حصيلة خبرة دامت قروناً طويلة. وهنا أيضاً يجري بصورة متواصلة تجميع معطيات تجريبية مؤكَّدة وضمّها غير القسري في مخطط نظري، مثلاً في تناظرٍ شكليّ صرف لعلاقات طرق التوصيل. وهكذا تقع ستّ من هذه النقاط على طريق التوصيل الرئيس الكلوي، اثنتان على كل من طريق التوصيل الرئيس الكبدي والمراري، وأخيراً نقطة واحدة على كل من طريق التوصيل الرئيس الرئوي والمعدي.

وبهذا نودّ أن نختم مبحث نقاط التنبيه. وقد تركّز الموضوع قبل كل شيء على إظهار أن تحديد النقاط التي يجب وخزها في كل حالة لا يستند إلى الخبرة فقط دون غيرها، وإنما يترافق ذلك مع وفرةٍ من الاعتبارات النظرية. ففي الحالات الإشكالية الحقيقية لا يمكن للطبيب أن يقرّر ما إذا كان وخز نقاط معيّنة يساعد على نجاح المعالجة أو بالعكس قد يعرقله، إلاّ بناءً على تشخيصٍ صينيّ وعلى المنظومة النظرية. من الطبيعي أنه حتّى في الصين لا يتم عادةً شرح الاعتبارات النظرية – العقلانية بشكل كامل. فهنا أيضاً نجد أن التصرّف حسب الوصفة الجاهزة منتشر، لا سيما بين «الأطبّاء الحفاة». ولكن الأمر لا يختلف عن ذلك في العلوم الغربية (وليس في الطب فقط). فعندما تؤطِّر النظرية معارف معيّنة بصورة جيّدة، يقوم المرء في كل حالة بإهمال الأسس النظرية في الجزء من العلم المسحوب على التطبيق العملي. غير أن ذلك لا يعني أن لا وجود لمثل هذه الأسس، ولا أنها زائدة عن اللزوم أو يمكن الاستغناء عنها.

سلاسل نسيج المنظومة: طرق التوصيل الرئيسة (Cardinales):

تُعتبر مسارات طرق التوصيل الرئيسة وتحديد نقاط التنبيه الواقعة عليها اثنين من أهم عناصرها. وكوجهة نظر ثالثة مهمّة يُضاف إلى ذلك الأعراض التي تظهر في حال الاضطرابات.

إذ لا يمكن إدراك الوظيفة المميّزة لطريق توصيل تشخيصياً إلاّ بعد أن يضطرب دوران الطاقة.

ويندرج في توصيف الدارات كل على حدة ذكر طريق التوصيل الرئيسة التابعة لكل دائرة وظيفية أيضاً. لقد أغفلنا ذلك في التخطيط الأيقوني للدارات باعتبار أن هذه المعلومات لم يكن لها أن تؤدّي إلى أيّ فهم دون الاطلاع على العلاقات الشرايينية – الصينية. وفي وسع المرء، مع التوصيفات القادمة، أن يكمل المخططات الأيقونية للدوائر الوظيفية كلاً على حدة دون صعوبة. ولنذكّر مرّة أخرى بأن الموضوع في سائر طرق التوصيل الرئيسة يتعلّق بأزواجٍ من هذه الطرق يسير كل منها على الجهة اليسرى أو اليمنى من الجسم بشكل متناظر. لذلك كان من المألوف ذكر واحد فقط من طريقي التوصيل الرئيسين المتناظرين.

والمفهوم الصيني الذي ننقله بالعبارة «طريق التوصيل الرئيس» أو باللاتينية «sinarteria cardinalis» هو jing. هذا المفهوم الغني بالمعاني والدلالات في اللغة الصينية يصف بالأصل سلسلة نسيجٍ ما، أي تلك الخيوط الطولية التي تمنحه التماسك والشكل والصلابة. أما المعنى المشتق فتصف jing كل ما هو حاسم وقطعي، كل ما هو «كلاسيكي». إلاّ أن jing تُستخدم أيضاً، وفي النصوص الطبية قبل كل شيء، في معنى فعلي: «التوصيل في طرق»، «تعيين الطرق». وعن هذه الخلفية الدلالية والعلاقات الملموسة ينجم المعنى الدقيق لمفهوم jing ولمقابله الذي سيأتي ذكره luo، الكلمة التي تعني «الوصل»، «الوصل إلى شبكة»، «التشبيك»، وتصف الطرق الشبكية الممتدّة بين طرق التوصيل الرئيسة والواصلة بينها.

1. طريق التوصيل الرئيس الكبدي (Cardinalis hepatica):

ويبدأ بجوار سرير ظفر إبهام القدم. يسير على الوجه الداخلي للساق باتّجاه الأعلى، ثم حول الأعضاء التناسلية ممتدّاً على البطن ومتابعاً سيره بجوار المعدة إلى نقطته النهائية على الجهة اليمنى (أو بالأحرى اليسرى) من الجسم أسفل الحجاب الحاجز. مجموع نقاط طريق التوصيل الرئيس الكبدي 14 نقطة تنبيه.

من الأعراض التي تظهر في اضطرابات دوران الطاقة في طريق التوصيل الرئيس الكبدي: آلام في الخاصرة تحدِّد من حركيتها، تورّمات أسفل البطن (في طب أمراض النساء)؛ جفاف بلعوم،

لون وجه شاحب ومتّسخ. شعور بالامتلاء في الصدر وفي الجزء المتوسّط من البطن (الشرسوف)، إقياء، غصّة، جشاءات، إسهالات، عسر هضم، آلام أسفل البطن تصل حتّى القولنجات، سلس بولي (عدم القدرة على استمساك البول) أو العكس: احتباس البول، إمساك.

ما يلفت الانتباه في هذا السرد أنه يندرج في أعراض دوران الطاقة المضطرب الإسهال والإمساك، سلس البول واحتباس البول على السواء. على أن ذلك ليس تناقضاً، إذ إن الاضطراب قد يكمن في فرط الطاقة أو في نقص الطاقة أيضاً.

2. طريق التوصيل الرئيس المراري (Cardinalis fellea):

وهو طريق التوصيل الرئيس للدائرة الوظيفية – المرارة التي تشكّل مع الدائرة الوظيفية – الكبد زوجاً تكاملياً. يبتدئ بالقرب من زاوية العين الخارجية، وبعد مسيرٍ معقّد بالفعل على الرأس (فهنا فقط تقع 20 من نقاطه) يتّجه نحو الأسفل إلى النقرة ويعبر الكتف أمام الذراع. ثم يتعرّج على جانب الجسم باتّجاه الأسفل، ليسير على الوجه الخارجي للساق نحو الأسفل منتهياً على الأصبع الرابع للقدم. تقع على طريق التوصيل هذا 44 نقطة تنبيه إجمالاً.

والأعراض هي: طعم فم مرّ، حاجة متكرّرة للتنهّد والتنفّس العميق، آلام في عضلات القفص الصدري تسبب شكاياتٍ أثناء انحناء ودوران الجذع؛ وفي الاضطرابات الشديدة مظهر شاحب، لون وجه متّسخ، هزال، جلد متراخٍ، سخونة على الوجه الخارجي للساقين، آلام في الطرفين السفليين والمفاصل، تورّمات في العقد البلغمية، هجمات تعرّق تلقائية، قشعريرة، ملاريا.

ما يجدر بالملاحظة في هذا التعداد هو أن المظهر الشاحب ولون الوجه المتّسخ ورد ذكرهما بين أعراض طريق التوصيل الرئيس الكبدي أيضاً. وهذا ليس مستغرباً، على الأقلّ لأن وظائف الدارتين المتكاملتين كلاهما ترتبط ببعضها بعضاً. إلاّ أن ثمّة حالات تُذكر فيها أعراض متشابهة دون وجود صلة وظيفية وثيقة إلى هذه الدرجة.

وهنا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن الأعراض معزولة كلاًّ منها على حدة لا تعني شيئاً، وإنما يجب تفسيرها دائماً سويةً مع العلامات الأخرى التي تظهر في الوقت نفسه. فالوجه الشاحب قد يظهر بصورة عابرة بعد السهر أو قلّة النوم أو بعد فزعٍ شديد، وعندئذٍ يجب تفسيره كارتكاسٍ

لحظيّ وليس كعرضٍ مرضيّ بأيّ حال. إن تسجيل العلامات المرضيّة بصورة كاملة وتقييمها الصحيح في ظهورها المشترك يشكل جزءاً كبيراً من الفنّ الطبي في الطب الصيني. وسوف يشغلنا هذا في موضوع التشخيص على حدّ بعيد.

3. طريق التوصيل الرئيس القلبي (Cardinalis cardialis):

ويُعَدّ بنقاطه التسع أحد أفقر طرق التوصيل بالنقاط. تقع نقطته الأولى في الأمام عند الإبط، ويمتدّ منها طريق التوصيل على الوجه الباطني للذراع عبر راحة اليد إلى أنملة الأصبع الصغير.

تلاحظ اضطرابات الطاقة في طريق التوصيل الرئيس القلبي على شكل جفاف في البلعوم وعطش شديد (وهذا العرض أيضاً لا يخدمنا إذا نظرنا إليه معزولاً)، آلام قلبية، اضطرابات تروية دموية مع خدر في الساعدين، ضبابية الرؤية، آلام في القفص الصدري والأضلاع، سخونة وآلام في باطن اليد.

4. طريق التوصيل الرئيس المعوي الدقيق (Cardinalis intestini tenuis):

يبدأ عند سرير ظفر الأصبع الصغير لليد ويسير على ظهر اليد والمرفق على الوجه الخارجي للذراع حتّى الكتف. وبعد بضعة تعرّجات يمتدّ إلى عظم القصّ، ومن هناك إلى نقطة تنبيه على العنق أسفل عظم الفك. وفي هذه النقطة يتفرّع طريق التوصيل إلى فرعين، ينتهي الأوّل عند الوجنة والآخر يمتدّ إلى زاوية العين ومنها إلى الأذن. ويبلغ مجموع نقاطه 19 نقطة تنبيه.

تظهر في اضطرابات طريق التوصيل هذا الأعراض التالي: آلام في البلعوم وآلام وتورمات في عضلات العنق، صعوبات في دوران الرأس، آلام على شكل شدّ في الزنّار الكتفي وشعور بالإنهاك في العضد. أخيراً تندرج هنا كافة الأعراض التي تلاحظ في الحثل (Dyskrasie)، وهذا يعني تركيب معيب للعصارات البنائية: ضعف السمع، ضبابية الرؤية، تورمات في أجزاء الوجه التابعة للفك السفلي، وكذلك آلام تمتدّ من العنق عبر لوحي الكتف إلى الحافة الزندية للساعد من الناحية الخارجية.

5. طريق التوصيل الرئيس الطحالي (Cardinalis lienalis):

تقع نقطة البداية عند سرير ظفر إبهام القدم. ومن هناك يسير طريق التوصيل على الوجه الباطني للساق عبر المغبن إلى جوف البطن، حيث يتّحد مع الدارة الطحالية (الدائرة الوظيفية – الطحال) ويتّصل بالدرة المعدية. ثم يخترق الحجاب الحاجز سائراً على الوجه الخارجي للصدر باتّجاه الأعلى. وينحني أسفل الترقوة متّجهاً نحو العنق لينتشر إلى جذر اللّسان. وهناك تفرّع ينطلق من المعدة عبر الحجاب الحاجز مفضياً إلى القلب. مجموع نقاط طريق التوصيل هذا 21 نقطة تنبيه.

تؤدّي الاضطرابات في طريق التوصيل الطحالي إلى الأعراض التالية: تورّم وإيلام في جذر اللّسان، غثيان بعد الطعام، آلام معدة، تورّم أسفل البطن، جشاءات، إفراغ الغازات والتغوّط يسبب ارتياحاً، وهن وإعياء عام. وقد تكون الأعراض الأخرى عدم القدرة على الحركة، اضطرابات في الدورة الدموية وآلاماً قلبية، إضافة إلى إسهال أو إمساك (أي اضطراباتٍ في منطقة المعي)، احتباس بولي، يرقان، أرق، تورّمات على طول مسير طريق التوصيل على الوجه الباطني للساق، وقبل كل شيء على الفخذ والركبة، عدم القدرة على استعمال إبهام القدم. وقد تكون اليدان والقدمان باردتين جراء ضعف الدوران الدموي.

6. طريق التوصيل الرئيس المعدي (Cardinalis stomachi):

وهو طريق التوصيل – Yang الوحيد الذي لا يسير على الظهر، بل على الصدر والبطن، حيث تُصادَف عادة طرق التوصيل Yin فقط. يبتدئ طريق التوصيل المعدي عند جناح الأنف ويمتدّ حتّى أسفل العين ليتّجه ثانية نحو الأسفل إلى زاوية الفم والذقن. وهنا ينحني سائراً على الفك السفلي مارّاً أمام الأذن حتّى حدود شعر الصدغ. وعند الذقن يخرج منه تفرّع يسير في الأمام على العنق باتّجاه الأسفل، وينحني عند الترقوة نحو الخارج ليصل عبر حلمة الثدي والبطن إلى شعر العانة. ومن هنا يتزوّى مرّة أخرى نحو الخارج على المنطقة المغبنية ليسير عندئذٍ بشكل مستقيم

نوعاً ما على الوجه الأمامي للفخذ والركبة والظنبوب حتّى الأصبع الثاني للقدم. ويُعتبر طريق التوصيل المعدي بنقاطه الـ45 أحد أغنى الطرق بالنقاط.

الأعراض المرضيّة في اضطرابات طاقة طريق التوصيل المعدي هي قبل كل شيء قشعريرة مع تأوّه وعطاس متكرّر. ويكون لون الوجه داكناً. وفي بداية المرض يكون لدى المريض نفور من الأشخاص الآخرين ومن النار والحرارة. أما في الأزمة فيعاني المريض من تورّم في البطن مع قرقعةٍ فيه وفي بعض الأحيان تكون الساقان معطوفتين وفيهما تقرّحات.

لطريق التوصيل المعدي بعض التأثير على كافة الأمراض التي تنجم عن خطأ في وظيفة xue، «الطاقة البنائية الفردية النوعية»، ولا سيما الجنون، الملاريا، الحمّى المرتفعة، هجمات التعرّق الشديد، البرد وانسداد الأنف، الرعاف، تشقّق الشفتين ونزفهما أحياناً، بحّة الصوت مع تورّم البلعوم، استسقاء البطن، الآلام والتورّم في مفصليّ الركبة، في الصدر وعند عظم القصّ، كما في مواضع مختلفة من الساق، عدم القدرة على استعمال الأصبع الوسطى.

في حال الامتلاء بالطاقة يشعر المريض بالسخونة على الوجه البطني من الجسم؛ وفي حال فرط الطاقة يحدث هضمٌ أشدّ من اللازم مع شعور متكرّر بالجوع منافٍ للطبيعة. يكون البول أصفر. أما في حال ضعف الطاقة فيحدث شعور بالبرد في منطقة البطن مع قشعريرة. كما قد يعاني المريض من التهابات معدة أو أمعاء.

7. طريق التوصيل الرئيس الرئوي (Cardinalis pulmonalis):

ويُعَدّ بنقاطه الإحدى عشرة من طرق التوصيل القصيرة. وهو ينبثق داخل الجسم من وسط المعدة، ومن هنا يسير أولاً نحو الأسفل حيث يتّصل بالدارة المعوية الغليظة. ويدور أسفل السرّة بشكل فجائي ليصعد نحو الأعلى حتّى منتصف العنق. وهنا ينحني باتّجاه الكتف، حيث تقع نقطته الأولى أيضاً. ثم يتابع سيره على الوجه الباطني للذراع حتّى ذروة الإبهام.

تتجلّى أعراض طريق التوصيل الرئوي بتورّمات وامتلاء في الدارة الرئوية؛ وتطابق أعراضه التهاب القصبات أو التهاب القصيبات الحاد أو المزمن، مع سعال، ضيق تنفّس، نوبات ربويّة. كما قد يعاني المريض من آلامٍ في الساعد أيضاً. في حال فيض الطاقة في طريق التوصيل الرئوي

تحصل آلام في الكتفين واللوحين. إلى ذلك تظهر مظاهر البرد مع تعرّقٍ وتنقيط بولي تلقائيين. كما أن سلسلة من الأعراض الغريبة تدل على فيض الطاقة أيضاً: بحّة الصوت، انسداد الأنف. أما نقص الطاقة في الدارة الرئوية فيؤدّي إلى آلامٍ في الكتف والظهر، قشعريرة، ضيق تنفّس وتصبّغ البول.

8. طريق التوصيل الرئيس المعوي الغليظ (Cardinalis intestini crassi):

باعتباره طريق توصيل رئيس – Yang فإنه يبتدئ أسفل ظفر السبابة ويسير على الوجه الخارجي للذراع والكتف إلى الظهر أسفل النقرة. ومن هنا يتّجه ثانية نحو الأمام لينتهي عند الوجنة بالقرب من جناح الأنف. ويمتدّ تفرّع منه من لوح الكتف إلى داخل الجسم باتّجاه الأسفل ليتّصل عند المعي الغليظ بالدارة المعوية الغليظة. وتقع على طريق التوصيل هذا 20 نقطة تنبيه إجمالاً.

من أعراضه آلام الأسنان وتورّمات العنق. وله تأثير في الأمراض الحثلية، وهذا يعني تركيب الدم المعيب؛ ونذكر منها: اصفرار العينين، جفاف الفم، انسداد الأنف، الرعاف، البحّة. وقد يشعر المريض بآلامٍ في الكتف وفي الإبهام والسبابة. وفي حال فيض الطاقة تحدث تورّمات في تلك النواحي من الجسم التي يعبرها طريق التوصيل. أما القشعريرة وعدم القدرة على التدفئة الذاتية فتشير إلى استنفاد الطاقة.

9. طريق التوصيل الرئيس الكلوي (Cardinalis renalis):

تقع نقطة بدايته على الوجه الخارجي لأصبع القدم الصغير. ويسير عبر نقطة تنبيه على أخمص القدم ليلتفّ حول الكعب ثم يسير – بوصفه طريق توصيل – Yin – على الوجه الباطني للساق ثم على البطن (في الوسط ماراً بجانب السرّة مباشرةً) وعلى الصدر لينتهي عند الترقوة. وهو يتّحد داخل الجسم مع الدارة الكلوية ويتّصل بالدارة المثانية. ويبلغ مجموع نقاطه 27 نقطة تنبيه.

تترافق الاضطرابات في طريق التوصيل الرئيس الكلوي بالأعراض التالية: فقدان الشهية رغم الشعور بالجوع، لون الوجه داكن مع لمعة مسودّة، سعال، وفي بعض الأحيان نفث دم أيضاً، تنفّس لاهث. وعند النهوض قد يحسّ المريض بوميض واسوداد أمام العينين، وبخفقان في القلب أيضاً.

ويترافق استنفاد الطاقة في طريق التوصيل الكلوي بفزعٍ وقلق. ويشكو المريض من البرد ومن نبضٍ متلاحق. وقد يحدث في الذراعين والساقين آلام، بل حتّى مظاهر شللية. ويغدو اللّسان ساخناً وجافّاً؛ ويتورّم البلعوم ويؤلم. وكثيراً ما يترافق ذلك مع انقباضٍ في الصدر أو وخزات في القلب. ومن الأعراض الأخرى يرقان، إسهال، آلام في العمود الفقري. ويشعر المريض بحاجة ملحّة إلى الراحة.

10. طريق التوصيل الرئيس المثاني (Cardinalis vesicalis):

تعزى لطريق التوصيل الرئيس المثاني أهمية خاصّة، وذلك لوقوع المحثّات الظهرية عليه (inductoria dorsalia)، كما ذكرنا سابقاً. يبتدئ طريق التوصيل المثاني عند الزاوية الداخلية للجفن ويمتدّ فوق الجبين والرأس والعنق إلى الظهر. ويتفرّع في النقرة ليسير في طريقين متوازيين على طول العمود الفقري وفوق الإلية باتّجاه الأسفل. وفي الحفرة المأبضية يتّحد كلا الطريقين ثانية. ومن هنا يسير طريق التوصيل المثاني فوق الربلة إلى الوجه الخارجي للساق متابعاً فوق ظهر القدم لينتهي في الأصبع الصغير للقدم. ويبلغ مجموع نقاطه 67 نقطة تنبيه.

كثيراً ما يعاني المرضى المصابون باضطراباتٍ في طريق التوصيل الرئيس المثاني من صداع قاس ومتواصل، خصوصاً في الناحية القفوية. ويشعر المريض وكأن العينين تُضغطان خارج جوفيهما؛ ويكون العمود الفقري الذي يسير على جانبيه طريقا التوصيل المثانيان، يكون مؤلماً، ولدى المريض شعور بالإنهاك في المنطقة القطنية؛ وتغدو الركبتان والوركان متيبّسة. عدا ذلك فإن سائر اضطرابات عضلات الحركة تسمح باستنتاج وجود خلل وظيفيّ في طريق التوصيل المثاني.

11. طريق التوصيل الرئيس التأموري (Cardinalis pericardialis):

ويتّصل داخل الجسم بالمجال الحراري الثلاثي. تقع نقطة بدايته على الصدر، على الجانب الخارجي لحلمة الثدي. يسير على شكل قوس ممتدّة من نقطة البداية إلى الذراع. وهو طريق توصيل – Yin، ويمتدّ فوق العضلة ذات الرأسين العضدية، ثم على الوجه الباطني للساعد واليد إلى نقطته النهائية الواقعة على ذروة الأصبع الوسطى، ويبلغ مجموع نقاطه تسعة نقاط فقط، تسمح

الأعراض التالية باستنتاج اضطراباتٍ في طريق التوصيل هذا: هبّات ساخنة في ناحية القلب، تشنّجات وتقلّصات في الساعد وتورّمات في الإبط، كما وإن المريض كثيراً ما يشعر بتوتّرات في الأضلاع وفي كامل القفص الصدري وبخفقان في القلب، ويغدو وجهه أحمر ويميل إلى الضحكات التشنّجية المنافية للطبيعة، وفي بعض الأحيان يشاهد سواد أمام العينين. أما الأعراض الأخرى فهي اكتئاب، آلام قلبية وشعور بالسخونة في راحتي اليدين.

12. طريق التوصيل المجال الحراري الثلاثي (Cardinalis tricalorii):

يبتدئ عند سرير ظفر الأصبع الرابع لليد، وبوصفه طريق توصيل Yang – ، فإنه يمتدّ على ظهر اليد والوجه الخارجي للذراع إلى الكتف، ثم يتابع سيره على العنق إلى نقطة أسفل شحمة الأذن، حيث ينقسم إلى فرعين، يصل أحدهما بين ثلاث نقاط أخرى خلف الأذن، ويمتدّ الفرع الآخر على الصدغ إلى الزاوية الجفنية الخارجية للعين، ويبلغ مجموع نقاط طريق التوصيل هذا 23 نقطة تنبيه. وهو يتّصل داخل الجسم بالدارة التأمورية ويرتبط مع المجالات الحرارية الثلاثة.

تتميّز اضطرابات طريق توصيل المجال الحراري الثلاثي بالخدر والدوخة وبالشرود الذهني. يتورّم البلعوم ويؤلم. وتشير الكثير من الأعراض ذات العلاقة بـ qi، وهذا يعني «الطاقة الفيزيولوجية الفاعلة»، إلى طريق التوصيل هذا. وهذه الأعراض هي هجمات تعرّق تلقائية، تورّم الوجنة، آلام في الزاويتين الجفنيتين وفي المناطق الأخرى من الجسم التي يمتدّ فيها طريق التوصيل، لا سيما في الأذنين.

التقييم التشخيصي الإجمالي

ليس من الخطأ، وإنما هو طابع مميّز للطب الصيني، أن تُذكَر الأعراض المختلفة مراتٍ عديدة. وذلك مشروط جزئيّاً بعدم الدقّة اللغوية: على سبيل المثال هناك أشكال مختلفة من الآلام تسمّى جميعها «صداعاً». ولكن هناك العديد من الأمراض التي ترتبط جميعها بعرَضٍ معيّن واحد، على سبيل المثال الصداع. ويتعلّق الأمر عندئذٍ بالتقييم التشخيصي للسّياق العام للأعراض الأخرى التي تظهر في الوقت نفسه، وذلك لتحديد الاضطراب الموجود – أي شكل الصداع الموجود. إلاّ أنه يتّضح من ذلك أيضاً أنه لا يوجد نقطة تنبيه محدَّدة أو مشاركة نقطية معيّنة يتم وخزها في شكايات مثل «الصداع»، وإنما يجب على الطبيب تحديد النقاط بناء على تشخيصه – الصيني–. وربما يُظهر هذا الأخير أن الإبر لا يمكنها تقديم العون إطلاقاً، ولا بد من المعالجة بوسائل أخرى، كالأدوية مثلاً.

يعتبر علم الشرايين الصينية (Sinarteriologie) ووصف مسارات طرق التوصيل الجزء من الطب الصيني الذي حظي بأفضل العروض في الكتب الغربية. ولذلك اقتصرنا في هذا الصدد على عرضٍ مختارٍ جدّاً. إذ إن الأمر هنا لا يتعلّق بتقديم وصفاتٍ جاهزةٍ من أجل وخز الإبر، وإنما بتبيان الاعتبارات النظرية بتقديم وصفاتٍ جاهزة من أجل وخز الإبر، وإنما بتبيان الاعتبارات النظرية والملاحظات التشخيصية (وهذا يعني: التجريبية)، أو بتعبير آخر: التقييمات النظرية لتشخيص الطبيب الصيني التي يُكشف بناءً عليها نقاط التنبيه الواجب وخزها، لذلك بإمكاننا أيضاً التخلّي عن توصيف طرق التوصيل المتبقّية وإحالة القارئ إلى المراجع التي تفصِّل في ذلك[59].

الفصل الخامس

التشخيص

المفهوم الصيني للمرض:

ينصّ التعريف الصيني الأكثر بساطةً ودقّةً في آنٍ معاً على أن المرض هو تضرّر الاستقامة (zheng).

لقد سمعنا سابقاً عن مفهوم الاستقامة المهمّ جدّاً، والذي يمكن تحديده بعبارة «السير المستقيم». ولتكوين تصوّر واضح عن هذا المفهوم المجرّد نوعاً ما بالنسبة للأوروبيين نودّ تقديم أمثلة يومية عينية.

تشير الاستقامة أو تصف دوماً الوضع المثالي للوظيفة. لنأخذ مثلاً منشأة للتدفئة ونفترض أن الوضع المثالي فيها يقع عند درجة حرارة 35 درجة مئوية، وأن انحرافات درجة الحرارة، سواء أكانت نحو الأعلى أم نحو الأسفل، مع الكفاية ذاتها، تقتضي إما صرفاً أكبر للوقود أو استهلاكاً أكبر للمنشأة أو كلا الأمرين معاً. ولتحاشي ذلك يمكن لمهندس التدفئة تجهيز المنشأة ليس فقط بمنظم، وإنما أيضاً بأداة مراقبة لا يؤشّر عليها الدرجات المئوية، وإنما فقط الوضع المثالي الدقيق

بنقطةٍ حمراء. عندما ينحرف مؤشِّر أداة المراقبة عن هذه العلامة نحو اليسار أو نحو اليمين، يعني هذا خروجاً لوظيفة التدفئة عن الوضع المثالي أو – بالتعبير الصيني – اضطراب الاستقامة.

على أننا بهذا التوضيح لمفهوم الاستقامة واضطرابها، أي الانحراف عن الوضع المثالي، لم ندلِ بأيّ شيء على الإطلاق عن العوامل التي تستلزم أو تُحدث أو تسبِّب مثل هذا الانحراف. (من السهولة بمكان تصوّر أن ضبطاً أعلى مما ينبغي لمنظِّم التدفئة، خللاً في الموقد، مصادر حرارية إضافية في الغرف، أشعة شمسية شديدة، أو على العكس نوافذ مفتوحة لفترة طويلة بوجود طقسٍ بارد، صماماً مسدوداً، خللاً في الإمداد بالوقود – وتلك هي بعض العوامل فقط – كل ذلك يمكنه أن يحدث انحرافات في الاستقامة).

تُعتبر الشخصية الإنسانية – ومن وجهة نظر المقولات الصينية لا نقول أبداً الجسم البشري أو العضوية البشرية فقط – خلقاً معقّداً ومرهف الحسّ للغاية، أكثر تعقيداً بصورة لامتناهية من منشأة التدفئة. هذا يعني أيضاً أن عدد العوامل والمؤثرات التي تُحدث انحرافات مختلفة الشدّة في الاستقامة، أي انحرافات عن الوضع الوظيفي المثالي، عددٌ كبير لا حصلا له: يندرج فيها ليس كل منبّه محيطي، كل صوتن كل شعاع ضوئي، كل مؤثّر طقسي، كل إشعاع كوني وحسب، وإنما أيضاً ذكريات، بواعث فكرية وأفكار ذات منشأ داخلي وغير قابلة للتكهّن زمنيّاً. (لنتصوّر فقط ما هي الانفعالات التي تمارس على الصحّة أيضاً تأثيرها الذي قد يصل إلى احتشاء القلب لدى إنسانٍ مهيّأ لذلك عن طريق تذكّر واقعة سارّة للغاية، أو على العكس ظلم صارخ، مهانة أو إذلال، رغم عدم تعرّض الإنسان الذي تهبّ فيه هذه العاصفة لأيّة عوامل ممرضة خارجية).

إلى ذلك هناك العوامل الاجتماعية، المزاجات، أجواء الوسط الاجتماعي، والتي تلعب دوراً مهمّاً، ناهيك عن المؤثرات البيئية والعوامل المشوّشة العديدة والمكثفة في بعض الأمكنة على صورة إشعاعات تقنية أو سموم كيميائية. وخلاصة القول إنه يوجد عدد كبير لا حصر له من العوامل التي تمارس تأثيرها على كل فرد بلا انقطاع.

في هذا التوصيف ندرك السلوك المختلف كلّيّاً، والأهمية الأساسية أيضاً، لا بل الضرورة الملحّة لتشخيصٍ مسحوبٍ على الوظيفة، أي التشخيص فائق التطوّر عقلانيّاً في الطب الصيني. يكتفي المرء عادة في كل منشأة تقنية كبيرة نسبيّاً، كمنشأة التدفئة مثلاً، بمراقبة سير عملها في الوضع المثالي. وعندما يطرأ خلل ما، من الحكمة عندئذٍ التفتيش عن سبب الخلل وإصلاحه – إذ

لا يوجد في هذه الحالة سوى عدد صغير يمكن حصره من إمكانيات الخلل السببية. وفي حالة وجود عدد كبير لا حصر له من العوامل التي بإمكانها التأثير على الوضع الوظيفي المثالي أو استقامة الفرد الإنساني، قد يكون من الحكمة كذلك الأمر تقصّي أسباب الاضطراب المعروفة انطلاقاً من الخبرة الطبية الممتدّة آلاف السنين بعناية ومحاولة إصلاحها: خصوصاً عندما يكون اضطراب الاستقامة قائماً منذ فترةٍ طويلةٍ لدرجة أنه خلّف وراءه أثراً أو انطباعاً واضحاً في الركيزة الجسدية. وعلى العكس، فإنه من الوهم والخداع أن يسلك المرء على هذا النحو عندما لا تتوفّر مثل هذه الخبرات. مع ذلك، أو تحديداً عند ذلك، ومن الوجهة الطبية، فإنه ليس من الحكمة فقط، وإنما مطلوب حتماً تحديد الوظيفة الخاطئة، أو – بعبارة محدَّدة، تعيين الاتّجاه الذي انحرف فيه المؤشّر عن النقطة المثالية بعناية كبيرة. ذلك هو بالذات، ذلك هو فقط، وذلك هو دائماً واجب التشخيص الصيني.

يرمي التشخيص الصيني في جوهره إلى ثلاثة أمور ويحقّقها:

1. يحدِّد على نحو صريح وصارم عقلانيّاً، وبالتالي قابل للتكرار والاختبار، انحرافات واضطرابات الاستقامة.

2. يحصل ذلك دوماً مع ذكر دقيق للاتّجاه الذي يحدث فيه الانحراف عن الوضع المثالي (مقولة كيفية صريحة في ظلّ استخدام المعايير العرفية).

3. أخيراً فهو يدلي أيضاً بمقولات حول العوامل التي تحدث انحرافات مُثبتة معيّنة لدى كل فرد يدور حوله التشخيص (مقولات حول عوامل الاضطراب).

إن مسألة تحديد العوامل المرضيّة في نطاقها الواسع هي مسألة التشخيص الفردي. لنأخذ مادّة الخلّ، كمادّةٍ معروفة. بجرعاتٍ معتدلة لا يُحدِث الخلّ لدى الكثير من الأشخاص أيّة انحرافات في الاستقامة على الإطلاق. غير أنه في حال زيادة كمية الخلّ المتناولة يوميّاً بشدّة، ولنقل عشرة أضعاف، فإنه تظهر لدى الكثير من الأشخاص أضرار واضطرابات ذاتية أولاً، ثم موضوعية. ولكن ثمّة بعض الأفراد النادرين جدّاً الذين لا تُحدِث لديهم حتّى هذه الجرعة العالية جدّاً من الخلّ أيّة شكايات، لا بل قد توفّر لهم متعة متزايدة؛ على العكس يصادف عدد قليل من الأفراد الذين يُطلق لديهم الأثر الزهيد من الخلّ في الطعام، أو حتّى ملامسته للجلد، ارتكاساتٍ شديدة. وفي كلتا

الحالتين، إن في حالة فرط الارتكاس الأقصى أم في حالة ضعف الارتكاس الأقصى يتّضح حتّى للرجل الغربي العادي أن مادّة ما، لا يكاد يُكترث لها عادةً مثل الخلّ، يمكن ويجب أخذها بعين الاعتبار لدى وضع التشخيص. والواقع أن ما يميّز هنا السلوك المنهجي للتشخيص الصيني عن المنهج التحليلي – السببي للتشخيص الغربي هو عدم قيامه بفحص الخلّ مادّيّاً – كيميائيّاً ولا فحص سوائل الجسم المتنوّعة، بدءاً بمفرزات المجرى الهضمي، وإنما يقوم في ظلّ تطبيق المعايير العرفية الكيفية، بدءاً بالمعايير الرئيسة الثمانية مروراً بقواعد التخطيط الأيقوني للدارات ومبحث طرق التوصيل وصولاً إلى المعطيات المتدرّجة لتشخيص النبض، وعلى نحو صريح بإثبات ما إذا كان استعمال أو تناول الخلّ يضرّ بالاستقامة لدى فردٍ معين وفي أيّ اتّجاه يكون هذا الضرر. وتتجلّى في التشخيص الدقيق، بطبيعة الحال، كافة المعطيات ذات الصلة بالنسبة للفرد، والتي تضرّرت بالعامل المشوِّش فيما يخص استقامتها، أي ليس فقط الأعراض الجسدية في الجلد والمجرى الهضمي واللّسان، وإنما أيضاً – وبقدر ما هي حاصلة – في العافية الجسدية بالمعنى الأوسع فيما يختصّ بإفراز العرق، بالإطراحات، بالحضور الذهني واليقظة، أو على العكس بتثبيط مركز الإحساسات، بالنعاس وبالكثير غيرها.

ويقصد بـ «الكثير غيرها» أن المشخِّص المتمرّس يضفي أهمية في التشخيص التفريقي على عدد من السمات والتحديدات أكبر بكثير مما يفعل المريض نفسه أو الشخص غير الخبير الحيادي: فالمقولات حول العلاقة بالدارات، تحديد المكان في ثقوب أو نقاط تنبيه معيّنة، المقارنة بين طلاوة اللّسان وجسم اللّسان، كلها وجهات نظر ليس في مقدور الشخص العادي الحكم عليها ولا هو معتاد أصلاً على الحكم عليها وتقييمها.

اعتبارات توصيفية:

يعتمد التشخيص في الطب الصيني على أربع طرق، ألاّ وهي فحص مظهر المريض بالعين (التأمّل inspectio)، ويندرج فيه تشخيص اللّسان كوسيلة مميّزة، ثم القصّة المرضيّة عن طريق الاستجواب (interrogatio)، تقييم صوت ورائحة المريض (olfactio et auscultatio) وأخيراً الفحص بالجسّ (palpatio). ويعتبر تشخيص النبض فرعاً من الجسّ، ولو أنه الأكثر أهمية.

إذن قد يرى المرء بالنظرة السطحية أن الطبيب الصيني لا يفحص مريضه بصورة تختلف كثيراً عن طبيب عائلة في زيارة المريض في الغرب. إذ إن هذا الأخير أيضاً يعاين اللّسان والوجه، يقوم باستجواب المريض. يجسّ النبض ويجسّ الجسم. على أن كلاً من الطبيبين الصيني والغربي يهتم بظواهر مغايرة كلّيّاً. فالطبيب الغربي يحاول على سبيل المثال من خلال الجسّ أن يثبت تورّماً في الكبد، أو عن طريق فحص الحساسية الألمية على الضغط أن يحدّد مكان تغيّر جسدي ما – مثلاً زائدة دودية متقيحة–. وبالمقابل يركز الطبيب الصيني اهتماماً أكبر على ارتكاس المريض على ضغط اليد. والسؤال الحاسم بالنسبة له هو مثلاً ما إذا كان الألم يتحسّن بالضغط (عرض – Yin) أو يسوء (عرض – Yang).

إلى جانب اختلاف النظرة التي يواجه بها الطبيب مريضه – تحليليّاً – سببيّاً في الغرب، تركيبيّاً – استقرائيّاً في الصين–، هنالك فارق مهمّ آخر بين كلا النوعين من الطب. صحيح أن الطبيب الغربي أيضاً يتعرّف في الوجه الشاحب، في طلاوة اللّسان السميكة، في العينين المترهّلتين والصوت الضعيف، أن زبونه مريض، بل ما هي إصابته غالباً، بيد أنه عندما يضع تشخيصاً بناءً على مثل هذه السمات، يقتصر على الخبرة البحتة دون ترتيب للمعارف المكتسبة في منظومة علمية أو تقييمها تبعاً لها. لا بل إنه كثيراً ما يكون قادراً على ذكر أسباب لون الوجه الأخضر الرمادي، أو أسباب ضعف الحالة العامّة. إلاّ أن هذه الأقوال عمومية جدّاً، مما يعني أنها تصدق على الكثير من الأمراض، لدرجة أنها لا تتمتّع بأهمية كبيرة في منظومة الطب العلمي الغربي. ولكي يتمكّن الطبيب من تقديم الحجج علميّاً يجب عليه أن يكشف في تشخيصه العامل المسبِّب للمرض أو أن يتحرّى قيمة السكّر في الدم أو يقرأ الصور الشعاعية أو يقيس سرعة التثفّل.

والأمر مختلف كلّيّاً لدى الطبيب الصيني. فهو يكشف في تشخيصه البيانات التجريبية منهجيّاً حسب المنظومة العلمية. وهذا لا يعني أن الطبيب الصيني يوظِّف في كل تشخيص اعتباراتٍ علمية شاملة. فبإمكانه في معظم الأمراض البسيطة أو التافهة الاعتماد، مثل زميله الغربي تماماً، على الخبرة (والاقتصار عليها أيضاً). إنما تسمح المعارف المكتسبة حول الصورة الخارجية لمريضٍ ما بإدماجها، دون عناد، في منظومة الطب الصيني النظرية – العلمية وتقييمها تبعاً لها. وعلى الأغلب لا يمكن للأطبّاء الغربيين، والذين غالباً ما يفتقدون الخبرة والخلفية اللغوية والتاريخية – الثقافية على حدّ سواء، اقتحام الطب الصيني والاستفادة منه إلاّ عبر الاطلاع العقلاني على منظومته العلمية. فالإلحاق المعياري – العرفي لصفاتٍ تجريبية لمريض ما بمعايير رئيسة معيّنة –

على سبيل المثال تنفّس ضعيف مع قلّة كلام، وجه شاحب وأشكال نبض معيّنة باعتبارها أعراض Yin – عبارة عن حدثية عقلانية تتجاوز المعرفة التجريبية المجرّدة – ولذلك لا يمكن لأيّ إنسان أن يلمّ به، وإنما هو بحاجة إلى المعارف الخاصّة للطبيب المؤهّل والمتمرّس تحديداً.

توازيات مع البيولوجيا (الغربية):

مثل هذا الانطباع الأوّلي قد يغرّر بالمراقب الغربي للشكّ في إمكان الطب عن هذا الطريق التوصّل إلى تصنيف واضح للأمراض، أي إلى باتولوجيا شاملة للاضطرابات الوظيفية. ولكن يجدر بنا أن لا ننسى أن البيولوجيا (الغربية) وقفت ذات مرّة أمام مشاكل مشابهة، وذلك عندما شرعت في تصنيف الكائنات الحية وصفيّاً. ففي كتابه «أسس التصنيف الحيواني»[60] مثلاً يكتب عالم الحيوان إرنست ماير من جامعة هارفارد الأمريكية: «تبهرنا الطبيعة الحية بتنوّعها الشكلي. فقد تم مسبقاً وصف أكثر من مليون نوع من الحيوان ونصف مليون نوع من النبات، وتتراوح تقديرات عدد الكائنات الحية غير الموصوفة بعد بين ثلاثة وعشرة ملايين. ويتّفق مع الحقائق المتوافرة أن عدد الأنواع المنقرضة يُقدّر بنصف مليار. ويمكن لكل نوع أن يظهر في صور مختلفة (الجنس، مراحل العمر، الأشكال الموسمية أو غيرها من الأنماط الشكلية). هذا التنوّع الهائل لا يمكن التعاطي معه أو معالجته إذا لم يتم ترتيبه وتصنيفه».

تبعاً لهذه المنظومة التي أقامها علماء النبات وعلماء الحيوان، ليس بمقدور بضعة اختصاصيين متقوقعين وحسب التوجّه ضمن هذا التنوّع الهائل في صور الطبيعة الحية الذي يبلغ ملايين مضاعفة، وإنما أصبح باستطاعة كل شخصٍ غير خبير مهتمّ، وبمساعدة كتب التفريق والتعيين المبسَّطة، أن يتحرّى بنفسه ما ينمو من نباتات على جانبي درب النزهة أو ما يعيش في جبال الألب من حيوانات ونباتات خاصّة.

من السهولة بمكان، بعد هذا المثال، تصوّر إمكانية تنظيم وترتيب تنوّع الأمراض البشرية أيضاً، وإمكانية القيام به بطريقة مختلفة (أي بالطريقة الصينية أيضاً). وهنا يمكن استخلاص سلسلة من التوازيات بين التصنيف البيولوجي والطب الصيني: فالبيولوجيا بالشكل المعروض هنا ليست سببية (فهي لا تسأل مثلاً لماذا البجعات بيضاء، وإنما تُثبت فقط أنها بيضاء). كما أن الطب

الصيني أيضاً يعرف أشكالاً موسمية مختلفة من المرض البشري. ولكن قبل كل شيء يحدِّد الأطبّاء الصينيون أمراض مرضاهم بشكل مشابه تماماً للشكل الذي يحدّد به علماء البيولوجيا الغربيون النباتات أو الحيوانات، فعندما يرى طبيب صيني وجهاً متّسخاً مثلاً (عَرَض – Yin)، لا يعرف بداية أكثر من بيولوجي يُبلِّغ عن طير أبيض. فبناءً على سمةٍ واحدة لا يمكن للمرء تحديد النوع الذي أمامه، لا بالنسبة للمرض ولا بالنسبة للحيوان. ورغم ذلك فإن معرفة صفةٍ تجريبية وحيدة تكفي لحصر دائرة البحث بشكل كبير – سواء أكانت دائرة بحث المرض أم الحيوان –. ويتناقص كمّ الظواهر التي يجب كشفها مع كل ذكر لسمة إضافية، إلى أن يبلغ العالِم الثقة الكافية.

من الجدير بالاهتمام أن عالم الحيوان الغربي لا يحتاج بدايةً إلى أيّة معلومات علمية لاستخلاص النتائج من ذلك. إذ يكفيه وصف الخبرة اليومية مثل «طائر أبيض»، «يسبح على الماء»، «له حدبة على أنفه»، ليُثبت أخيراً أن مراقباً ما يذكر له هذه المعلومات، يكون أمام بجعة. على أنه في مقدوره أن يقيّم علميّاً هذه المعطيات غير المنهجية والتوصّل إلى مقولات أخرى بناء على معرفته الواسعة. والحال مشابه تماماً في الطب الصيني. فالطبيب يشخِّص بناءً على عدد من التبدّلات البسيطة في مظهر أو صور مريضه، على سبيل المثال «انحراف – ريح» (وندع مؤقتاً تعريف هذا المرض معلّقاً).

ولنستمر في سوق المزيد من التوازيات: عندما يمتلك البيولوجي معارف في أبحاث السلوك، بإمكانه، بناءً على معطياتٍ أخرى تبدو للوهلة الأولى لا علاقة لها إطلاقاً بالحيوان الذي تجري مراقبته، أن يقدِّم تنبّؤات دقيقة جدّاً حول سلوكه. ففي حالة الطيور مثلاً تقدِّم المعلومات الموسمية الكثير حول التعشيش، سلوك الكتاكيت، الشروع في الطيران نحو الجنوب ...إلخ. كما يسمح التوقيت اليومي، شروط الطقس، المعطيات الجغرافية أو وجود حيواناتٍ أخرى، بعددٍ كبير من الاستنتاجات فيما يتعلّق بالسلوك.

ويتصرّف الطبيب الصيني على نحو مشابه تماماً، إذ إنه لا يكتفي بمجرّد تشخيص المرض ثم معالجته بصرف النظر عن الشروط المحيطية، وإنما يُشرِك كل ذلك في تشخيصه ومعالجته. وقد تعرّفنا سابقاً، في فصل التخطيط الأيقوني للدارات، على القواعد التي تسري على التأثير المتبادل بين المرض والقانون الطبيعي، أو بالأحرى بين المرض والسلوك. وللإيضاح نسترجع هنا إلى الذاكرة إحدى تلك القواعد. فقد ورد في Suwen حول الدارة الكبدية ما يلي: «إذا ساد المرض في

الدائرة الوظيفية – الكبد، فإنه يشفى في الصيف. وإذا لم يشف في الصيف، فإنه يتفاقم في الخريف. وإذا لم يمت المريض مع ذلك، فإنه يستمر في الشتاء وينهض في الربيع... من يصاب بمرضٍ في الدائرة الوظيفية – الكبد، فإنه يختبر فتوراً في مظاهر المرض في الصباح، وتفاقماً بعد الظهر وهدوءاً حول منتصف الليل»[61].

إذن فسلوك الإنسان المريض يلعب دوراً مهمّاً في التشخيص الصيني. ولا يتم تأويل هذا السلوك كاضطراب سلوك – كما هو الحال في الطب الغربي – (الأمر الذي هو بالتأكيد موضع خلاف شديد، على الأقلّ لأن مثل هذا السلوك يمكن «شجبه أو إدانته») وبذلك تعتبر أسبابه، كمرض، قد اكتُشِفَت، بل الأرجح أنه يُؤوَّل بوصفه سلوكاً طبيعيّاً لشخص مريض، أي بوصفه عرضاً مرضيّاً. وهذا ما يتّفق بصورةٍ أكبر مع التصوّرات الموضوعة من قبل علم السلوك البشري (Humanethologie)، رغم عدم وجود أبحاث في سلوك الإنسان المريض هناك حتّى الآن، إلا على شكل بدايات على أبعد تقدير.

على أن حقيقة إمكانية الانتقال في الطب الصيني من اللغة اليومية العادية إلى اللغة العلمية بصورةٍ تدرّجية، لا يجوز أن تعمينا عن أن هذا الطب يمتلك قاموساً علميّاً شاملاً – تجريبيّاً ونظريّاً – لا يفهمه سوى الطبيب المدرَّب. ومثال ذلك تسميات كيفيات النبض المختلفة. فمفاهيم مثل dongmo («نبض حركي أو نشيط»؛ باللاتينية: pulsus mobilis) أو huamo («نبض زلِق»؛ باللاتينية: pulsus lubricus) قلّما تكون معروفة في معناها العملي لغير الخبير، مثلها مثل المفهوم التخصّصي في علم الحيوان «ألوان التمويه لموللر» بالنسبة لغير الخبير الغربي (ويُقصد به التشابهات بين أنواع مختلفة – عادةً في اصطباغ الإنذار أو التحذير – والتي لها مذاق سيّئ، أو أنها سامّة أو لها تأثير منفِّر بشكلٍ أو بآخر).

كما يمكن عقد مقارنة أخرى مع أبحاث السلوك. من المعروف أن الحيوانات ترتكس بشكلٍ نوعيّ على منبّهات مثيرة معيّنة، على سبيل المثال بحركات فرار على علامات تنذر بالخطر. هذه النماذج السلوكية غالباً ما تكون معروفة لدى العالِم ويكون في وسعه التنبّؤ بالارتكاسات الموافقة، ولكن قبل كل شيء في وسعه تحريضها. والحال مشابه في الطب الصيني: فتبعاً لتشخيصه يعرف الطبيب ما هي المنبّهات العلاجية التي ترتكس عليها منظومة الدوائر الوظيفية لدى المصاب باتّجاه الشفاء، باتّجاه التعافي. ووفقاً لذلك يقوم بتطبيق هذه المنبّهات بالتعاون مع المريض، على شكل

وخز بالإبر أو تسخين نقطي في نقاط تنبيه معيّنة، تمارين تنفّسية – علاجية، إعطاء الأدوية، تعليمات نظام غذائي، والكثير غيرها. وهذا ما يُعتبر وجهة نظر حاسمة تماماً لطب إنساني: فالشفاء لا يفهم كعملية بيوكيميائية، وإنما بوصفه سلوكاً بشرياً متكيّفاً مع الشروط المحيطية أو البيئية في كل حالة.

الفوارق بين التشخيص الغربي والتشخيص الصيني

قبل أن نتناول التشخيص في الطب الصيني نودّ الدخول بإيجاز في الأشكال المختلطة من الطبّين الغربي والصينيين والتي غدت موضة، «المنتجات على الطراز الصيني». وغالباً ما يدّعي الأطبّاء والحكماء الشعبيّون الذين يمارسونها – بنجاحٍ لا يُستهان به – أنها «طب صيني»، ولا سيما عند يكون تعلّم هذه الطرق قد جرى في هونغ كونغ، تايوان أو حتّى في جمهورية الصين الشعبية. إلاّ أن سائر تقنيات الوخز بالإبر وغيرها من هذه الطرق تتميّز بغياب أيّ تشخيص صيني نوعي. فهي غالباً ما تُطبَّق تبعاً لتشخيص غربي أو عندما لا يُسفر التشخيص الغربي عن أيّ موجود إيجابي، وذلك دون أيّ تشخيص عقلاني. وعندئذٍ يجرِّب المرء استخدام الإبر أو التسخين النقطي بناءً على معرفة تجريبية فقط تبعاً لأعراضٍ محدّدة. ورغم إمكانية إحراز بعض النجاحات العلاجية على هذا النحو إلاّ أن نجاح مثل هذه العلاجات غير مضمون وغير قابل للتكرار علميّاً. ويمكن مقارنة هذه الطرق بالاستشفاء في مصحّات المياه المعدنية مثلاً، والتي يعلم المرء أنها تؤدي إلى تحسّنٍ في بعض الأمراض، ولكن دون أن يتمكّن من تفسير ذلك علميّاً. إن ما يدخل في حساب المريض، والذي لا يمكنه أصلاً متابعة الاعتبارات والأسس العلمية، هو في نهاية الأمر النجاح العلاجي فقط. ولكن الأمر مختلفنواعأن

بالنسبة إلى الطبيب، إذ لا بد له من الاهتمام بمدى التأطير العلمي لمعارفه التجريبية، أي كيف وأين يمكن تكرارها وأين يتعذّر ذلك، وهنا يفتح التشخيص والمعالجة الصينيان للطبيب الغربي مجالات جديدة كانت حتّى الآن مغلقةً عليه – مثلما أتاح الطب الغربي للأطبّاء الصينيين منذ قرن واحد، بالمقابل، طيفاً واسعاً من الإمكانات العلاجية الجديدة.

الحصول على معطيات القياس:

يهدف التشخيص في الطب الغربي أولاً وأخيراً إلى القياس الكمّي الذي يُفترَض به أن يُسفِر عن الانحرافات عن المعطيات والقيم الطبيعية. يقيس الأطبّاء الغربيون درجة الحرارة، الضغط الدموي، يعدّون ضربات القلب أو كريات الدم البيضاء. يقومون بإجهاد الجسم بصورة محدّدة مسبقاً ليقيسون الارتكاس على ذلك، على سبيل المثال اختبار التحمّل في الداء السكري واختبار الجهد للدورة الدموية. ويبدو للوهلة الأولى أنه لا يوجد أيّ اختلاف بين هذه المعطيات الطبيعية وبين ما كنّا قد أسميناه سابقاً بالاستقامة (Orthopathie). ولكن بالتدقيق عن كثب نعثر على فارق أساسي وجوهري. فكل معطى قياس، حتّى القيمة الطبيعية، عبارة عن مقولة تحليلية، أي معزولة وغير مسحوبة على أيّة معطيات أخرى. ولكنها في الوقت نفسه عامّة وغير نوعية أيضاً. لذلك فإن معطى القياس والقيمة الطبيعية في حدّ ذاتهما قيمتان معزولتان، إذ إن علاقاتها بمجموع المعطيات الباقية القابلة للقياس (وبالتالي القابلة للبرهان سببيّاً أيضاً) هي في الغالب مجرّد علاقات عامّة وغير وثيقة أو ليست ملزمة على الإطلاق. كما أنهما قيمتان معزولتان أيضاً لأنهما بالتعريف يصرفان النظر عن كافة المعطيات الباقية، أي يستبعدانها. فنبض تواتره 120 في الدقيقة قد يكون علامة إنذار. ولكن إذا كان الشخص المعني قد نفّذ للتو جرياً طويلاً، فإنه يُعتبر طبيعيّاً. لذلك ليس بإمكان الطبيب الحكم على بيانٍ تشخيصيّ، لجهة كونه مرضيّاً أم صحّيّاً، إلاّ في السياق العام. وتُعتبر المعطيات التي تم الحصول عليها تحليليّاً معطيات عامّة، أي غير نوعية وضعيفة الحجّة في كل حالة على حدة، ذلك أنها مستخلصة من معطيات إحصائية وسطية مأخوذة من القياس لدى عدد كبير من الحالات المشابهة أو من الأفراد. أما الاستقامة فتُعتبر المقابل القطري لمثل هذه المعطيات.

لقد توضّح لنا سباقاً أن صون الاستقامة والمحافظة عليها، والإضرار بها أيضاً، تتم من خلال عدد كبير غير محدود من العوامل. فالصحّة والعافية والقدرة على الإنجاز تُعتبر في كل لحظة من الحياة توازناً عطوباً يتم صونه من خلال عدد هائل من العوامل الدينامية. والقول إن فرداً ما سليم أو مريض، وبتعبيرٍ آخر: ما إذا كانت استقامته سليمة أم مضطرة بصورة طفيفة أو شديدة، هذا القول من حق هذا الفرد نفسه أولاً وأخيراً. لا يجوز للطبيب أن يوحي له أو يملي عليه إصابته بصداع، آلام بطن، غثيان، إعياء، إثارة وهياج، إحساس بالبرد، فالفرد فقط دون غيره هو القادر على الحكم على ذلك. وإن لم يكن دائماً، فغالباً جدّاً ما تكون معطيات القياس في طب بدني

تحليلي – سببي مستقلّة عن هذه المقولات الجوهرية التي توفّر معلومات عن الاستقامة. يمكن لفردٍ ما أن يكون لديه تباطؤ في نبضات القلب أو انخفاض في الضغط الدموي قياساً إلى القيم الطبيعية الإحصائية، ومع ذلك، أو جراء ذلك بالذات يشعر أنه على ما يرام، وبالمقابل يمكن لفردٍ آخر أن يشعر أنه على أفضل ما يرام وبأعلى قدرة على الإنجاز بوجود تواتر نبض متسرّع. كما يمكن لفردٍ ما، ورغم الارتفاع المعتدل في عدد الكريات البيضاء – وهو ما يستنتج منه، من وجهة نظر الطب الغربي، وجود عملية دفاع حادّة –، أن يشعر أنه قادر على الإنجاز تماماً. بينما قد يشتكي فرد آخر، رغم عدد الكريات البيضاء «الطبيعي»، من تعبٍ وإعياء مزمنين.

لا بد لطب تحليليّ قائم على معطيات القياس ومستندٍ فقط على القيم الوسطية الإحصائية أن يسجِّل كل انحراف عن القيم الوسطية بوصفه انحرافاً يستحقّ الاهتمام، إن لم يكن بوصفه «مرضاً»، فعلى الأقلّ بوصفه انحرافاً عن الطبيعي. على أنه في حال افتقاد مثل هذه الانحرافات عن المعطيات الوسطية القياسية، فإن هذا الطب ذاته لا يعود يمتلك أيّة بداية علاجية عقلانية.

مثال: تسرّع القلب (Tachykardie):

لنتوقّف قليلاً عند الظاهرة المألوفة «خفقان القلب»، تسرّع القلب أو تسرّع نبضات القلب، وذلك في سبيل المزيد من توضيح الفوارق. ولا يدخل في الاعتبار هنا تسرّع القلب الطبيعي والفيزيولوجي تماماً، والذي يظهر في أعقاب جهدٍ قصر غير ضارّ. إذ حتّى الشخص السليم يشعر بأن ذلك طبيعي، وأنه من الطبيعي أيضاً أن هذا التسرّع يزول من تلقاء نفسه بعد استراحة مناسبة.

ولكن ثمّة أنواع لا عدّ لها من تسرّع النبض لا بد من تقييمها على أنها «مرضيّة»، كما يشعر بها على أنها كذلك أيضاً. وتُعتبر حالة تسرّع القلب في الأمراض الإنتانية الحموية الحادّة أمراً واضحاً نسبيّاً. ولدى شفاء مثل هذه الأمراض كلّيّاً، بما يوافق روح الطب الغربي، فإن تسرّع القلب يزول أيضاً، ويمكن للمرء أن يتكلّم عن معالجة سببية بمعنى الكلمة. ولكن الأكثر مصادفة بكثير هي تلك الحالات التي يظهر فيها تسرّع القلب دون إجهاد، دون دواع خارجية واضحة، في الليل أو أثناء الراحة مثلاً. ففي الكثير من تسرّعات القلب هذه لا يعثر الطب الغربي، وهو الذي يسجّل قيم القياس الوسطية، على أيّة انحرافات واضحة ومُقنعة عن القيم الوسطية، وعندئذٍ يبقى الطريق أمامه مفتوحاً للتداخل على الآلية المباشرة لتعصيب عضلة القلب، وذلك بوساطة المواد

الكيميائية. غير أن ذلك عبارة عن معالجة عرضية وليست سببية – وعدا ذلك يبقى السؤال معلّقاً: ما هي التأثيرات التي تطلقها الأدوية الكيميائية المستخدمة في مجالات الفرد الأخرى؟

من البديهي أن الطب الصيني أيضاً يفرِّق بين تسرّع سليم في نشاط القلب أو في النبض وبين التسرّع المشروط مرضياً. وهو يقيِّم مثل هذه العلامة في كل حالة على أنها مجرّد عرض فقط لا بد من إثبات العوامل المؤدّية إليه بصورةٍ دقيقة. كيف يحصل ذلك؟ إن تسرّع النبض في الأساس عبارة عن موجود – calor (وتعني calor باللاتينية «حرارة»). ولكن السؤال يطرح نفسه: هل نحن أمام علامة للحرارة معزولة أم أن أكثرية أو سائر الأعراض دون استثناء تشير إلى الحرارة أيضاً؟ في حالة مرضٍ إنتاني حادّ يُفترض أن الاحتمال الأخير هو القائم، وتثبت المعالجة أنها بسيطة وقصيرة الأمد نسبياً. أما في حالة المرض المزمن فيلاحظ إلى جانب هذا العرض أو الأعراض – حرارة القليلة الأخرى كثرة من الأعراض الأخرى التي تقتصر على مجالات وظيفية (دارات) محدّدة، وتبرز في أوقاتٍ محدّدة من اليوم، وتختفي تلقائياً في الأوقات الأخرى. وهنا تتركز مهمّة التشخيص التفريقي على تسجيل كافة الانحرافات الجزئية والدقيقة جدّاً عن الاستقامة – إذ إن الموضوع يدور بالطبع حول مثل هذه الانحرافات – كيفياً بدقّة ووضوح.

وفي مثل هذه الموجودات المعقّدة، وبعد استخلاصها فردياً – نوعياً وبصورة وضعية مباشرة، تكون المعالجة الموصلة إلى الهدف ممكنة أيضاً، سيما وأنه، وبغض النظر عن الوسائل التي تُنفَّذ بها، من الممكن مراقبتها بشكل متواصل وفقاً للطرق التشخيصية ذاتها، أي اختبارها وإعادة النظر فيها وتكييفها عند الضرورة. فعلى سبيل المثال إذا كان تسرّع القلب المتقطع والمتظاهر بشكل مزمن قليلاً أو كثيراً يقوم على ما يطلق عليه الطبيب الغربي مفاهيم غامضة لا تقدِّم ولا تؤخر مثل ضعف بنيويّ، إجهاد نفسيّ، تسمّم مزمن ...إلخ، فإن ما يقابل مثل هذه المقولات في التشخيص الصيني مقولة صريحة ونوعية للغاية، على سبيل المثال inanitas yin orbis renalis (استنفاد الطاقات البنائية الكامنة في الدارة الكلوية)، مع نقص امتلائي إضافي في الطاقة الفاعلة في الدارة الكبدية، عدا ذلك عجز تام لـ Yin في الدارة القلبية. (إن مثل هذه الحالة الموصوفة للتوّ لا بد أن تبدي، بالضرورة، إلى جانب تسرّع القلب، أعراضاً أخرى تدعم هذا الموجود، مثل اضطرابات النوم، أخطاء متواترة في النطق، نسيان، ميل إلى الوسوسة القهرية أو حياة عاطفية غير متوازنة. وعن طريق معالجة هادفة منفَّذة بدقّة للموجودات، وليس للأعراض تتم إزالة كافة الانحرافات عن الاستقامة ككل، وليس تسرّع النبض فقط).

جسّ النبض:

رغم أن الطبيب الصيني لا يقيس أبداً، إلاّ أن تشخيصاته غالباً ما تكون أكثر دقّة وأكثر تمايزاً ووضوحاً من التشخيص الغربي، وذلك لأنه يربطها بمجموع المعطيات الملاحظة. لنوضِّح ذلك على مثال النبض: فالطبيب الغربي لا يهتمّ، فيما عدا تواتر النبض، سوى بكون النبض ضعيفاً أم قويّاً، ليستخلص من ذلك نتائج حول حالة القلب والدوران لدى مريضه. ولكن ثمّة تمييز بسيط جدّاً لم يعد الطبيب الغربي يقوم به: في أيّة يد يجسّ النبض. فهو لا يعلّق على ذلك أيّة أهمية، وذلك لعدم قدرته على تفسير اختلافٍ ما.

أما الحال في الطب الصيني فمختلف كلّيّاً. ففي سياقه العلمي العام – أي في ترتيب معطيات الملاحظة في النظرية الطبية – من المهم جدّاً ما إذا كان النبض يُجسّ في اليد اليمنى أم اليسرى، الأمر الذي يراعيه الطبيب أيضاً. والواقع أنه يستخلص من نبض اليد اليسرى استنتاجات حول الدارة القلبية، الكبدية، الكلوية، المعوية الدقيقة، المرارية والمثانية، ومن نبض اليد اليمنى حول الدارة الرئوية، الطحالية، الكلوية، المعوية الغليظة، المعدية والمجال الحراري الثلاثي.

وهناك تمييز آخر يتناول مكان النبض عند معصم اليد، والذي يتاخم ما يُسمّى حدّ بطن السمكة، وهو الخط الخارجي لآلية الإبهام الذي يقود إلى المفصل. فبعد ذلك هناك ثلاثة مواضع لجسّ النبض. كل منها بعرض الأصبع تقريباً، على كل من اليد اليمنى واليسرى نسمّيها باللاتينية pollex (إبهام)، clusa (مضيق طبيعي) وpes (القدم). وتوافق هذه التسميات الأسماء الصينية cun، guan وchi على التوالي. وثمّة علاقة تربط بين أنواع النبض والدارات، أي أن المرء يتوصّل من جسّ كيفيّات النبض في المواضع كل على حدة إلى استنتاجات حول وظيفة الدارات. وتبعاً لتفسيرٍ آخر فإن كلا النبضين الإبهاميين (أي شكليّ النبض في موضع الإبهام في اليد اليمنى واليسرى) يوافقان المجال الممتدّ من الصدر إلى السرّة والنبضين القدميين المجال الممتدّ من السرّة إلى الأسفل.

الطب المخبري:

يُعتبر الموجود البدني الإيجابي في الطب الغربي مقولةً حول أثرٍ منتهٍ في الماضي. فالقول إن عدد الكريات البيضاء مرتفع لدى مريضٍ معيّن، الأمر الذي يدعو الطبيب الغربي لوضع تشخيص ابيضاض الدم (Leukamie)، لا يفيد سوى أن ثمّة اضطراب وظيفيّ قد تراكم لفترةٍ طويلة في الماضي. كذلك لا يقدّم فحص الخزعات، كالخزعة الكبدية مثلاً، سوى استنتاج وضعي حول سلوكٍ خاطئ ماضٍ، حول الكحولية مثلاً أو أخطاء تغذوية أخرى لدى المريض. ومن الطبيعي أن بإمكان الطبيب الغربي، بناءً على الخبرة الطبية العامّة، أن يستخلص من مثل هذه التبدّلات «نتائج» أيضاً حول حالة مريضه الحالية والمستقبلية. بيد أن هذه الاستنتاجات تبقى، من حيث الجوهر، فرضيات، تخمينات محتملة كثيراً أو قليلاً، ولا تبلغ قوّة الحجّة والإقناع أو تعوِّض عنها، أي أنها لا تبلغ حدّ الصرامة، أو يقين المقولات التي تستند إلى بيان أو إثبات التأثير الفعلي الحقيقي – وهذا يعني التأثير القائم حالياً في الحاضر. ويتجلّى ذلك بأقصى حالاته في الطب المخبري، حيث يجري فحص الدم، البول أو المحضرات النسيجية بصورةٍ منفصلة كلّيّاً عن المريض. ولا يمكن إجراء بعض هذه الفحوص، مثل تشخيص بعض أمراض الاستقلاب قبيل الوضع، إلا في مختبراتٍ أمريكية خاصّة، ويتم استحضار العيّنات اللازمة بوساطة الطائرة قاطعةً آلاف الكيلومترات من أوروبا إلى أمريكا.

وكي لا ندع مجالاً لأيّ سوء فهم نقول: صحيح أن المقولات حول الوظائف الحالية والمستقبلية، والتي تستند إلى قياس وظائف ماضية، تبقى دوماً، طبقاً للتعريف، مقولات فرضية. ولكن مع ذلك يمكن تسخيرها – كما تبيّن خبرة كافة العلوم التحليلية – للحكم على مثل هذه التأثيرات، لا بل للتنبّؤ بها، وذلك عندما يكون تجانس الركيزة عالياً جدّاً، أي عندما تقوم الوظيفة الحالية على مادّة متجانسة جدّاً. والحقّ أنه بالإمكان عندئذٍ نقل المجريات الوظيفية الماضية، مع احتمالٍ كبير، إلى الحاضر والمستقبل. ويتناقص هذا الاحتمال مع تناقص تجانس الركيزة، أي يتزايد انفراج كل من الحقيقة والفرضية عن بعضهما بعضاً. لذلك فإن الاعتقاد الضمني في الطب الغربي بأن الموجودات المسحوبة على الماضي تنطبق أيضاً على فترة زمنية محدّدة في المستقبل، هو اعتقاد يناسب كثيراً من الحالات، ولكن بالتأكيد ليس كل الحالات. غير أن ذلك لا يعود ينطبق على الشكايات الوظيفية دون موجود جسدي مثل الآلام، تناقص القدرة على العمل والإنجاز، الوهن أو الفتور التدريجي في الإدراك الحسّي. وهنا في وسع الطب الصيني وحده الإدلاء بأقوال دقيقة علميّاً.

إن الطبيب الغربي، وجراء عدم قدرته على الكشف سوى عن معطيات وقيم تنتمي إلى الماضي، غالباً ما يلتقط الكثير من الأمراض بعد فوات الأوان. فاحتشاء قلبي، قرحة هضمية، حصاة مرارية أو زائدة دودية متقيّحة لا تنشأ – وكأنها «مرض تلقائي» – على حين غرة من الفراغ، وإنما هي حصيلة اضطرابات مستديمة في الوظائف الحيوية.

أما الطب الصيني فهو على العكس تماماً. إنه لا يقيس، ولذلك لا يعلم أيضاً ماذا عانى المريض البارحة أو قبل نصف ساعة. فالمرض بالنسبة للطبيب الصيني حاضر راهن مثل المريض ذاته. وهذا ما يشترط امتلاك الطبيب مناهج تشخيص تختلف نوعاً ما عن القياسات، ولكنها دقيقة وموثوقة مثلها. لقد تعرّفنا سابقاً على تشخيص النبض بشكل إجمالي بوصفه أحد أهم هذه الطرق. ولكننا لم نعالج بما يكفي مسألة نوع المقولات التي نحصل عليها بالتشخيص الصيني.

مقولات كيفية:

كي نقدم انطباعاً عن التشخيص الصيني سنتناول مثالاً من ميدان الرياضة. ماذا يمكن للمرءِ أن يقول عن مسابقة الجري لمسافة 100 متر، رمي الرمح أو مباراة كرة قدم، عدا النتيجة القابلة للقياس في نهاية المسابقة، طالما أن مثل هذه الوقائع ما تزال جارية والنتائج لم تعرف بعد؟ في وسع المرءِ في مثل هذه الحالات إثبات أن جرياً معيّناً سريع، أن الرمح يخرج من يد الرامي بصورةٍ عامودية نحو الأعلى، أو أن المرءِ يوصِّف الطريق الذي تتّخذه الكرة في اللعبة. صحيح أن المهمّ بالنسبة للمركز في اللائحة أو على جدول الترتيب العالمي هو النتائج اللاحقة دون غيرها، أي نتائج طرق القياس المقرّرة مسبقاً، ولكن ما يقرّر بشكلٍ حاسم أن مباراة كرة قدم مباراة «لا تُنسى» (مثلاً المباراة النهائية في بطولة العالم في كرة القدم عام 1954 في برن) أو أن «النتيجة تقلب مسار اللعبة رأساً على عقب»، هو المعايير الكيفية وحدها. وفي حين أن الطبيب الغربي أشبه ما يكون بحكم المباراة، يرى الطبيب الصيني نفسه في دور المدرِّب الذي عليه كشف الأخطاء وتصحيحها من خلال عملٍ مضنٍ مع لاعبيه. إنه يحكم على الإنجازات كيفيّاً.

وفقاً لذلك يشخِّص الأطبّاء الصينيون كيفيّات وظائف الدارات وكذلك الاتّجاهات التي يتّخذها سير الأمراض. وهذا يعني: لا يثبتون فقط أن أحدهم مريض فعلاً، وإنما يكشفون فيما إذا كان مرضه يتفاقم، كيف تبدو فرص الشفاء أو ما إذا كان المريض في سبيله إلى التحسّن.

قبل أن نتناول عن كثب منظومة التقييمات الكيفية في الطب الصيني، نود أن نتفحّص ما يجعل مثل هذه التقييمات دقيقة ومُحكمة، وقبل كل شيء – وكي نستخدم تعبير العلوم الغربية – «قابلة للاختبار والتحقّق منها ذاتيّاً»([62]. إذ إن التحيّز القائل إن ما هو قابل للقياس هو فقط القابل للاختبار ذاتياً، تحيّز واسع الانتشار.

المعايير العرفية

لا بد للعالم الذي يختبر عمل زميل له أن يكون في مقدوره الوصول إلى النتيجة نفسها بشكل مستقلّ عنه (ودون أن يضع نفسه في وضعه النفسي). ولكن من الضروري لهذا الغرض أن تكون مجموعة من العلماء الذين يشعرون بارتباطهم بنظام أو نظرية معيّنة، متّفقون على معايير موحَّدة. لا يجوز أن يكون هناك خلاف على طول المتر الواحد أو مدّة الساعة الواحدة، على المقصود باليمين واليسار. وذلك ما يتم، في حالة القياسات، بالاستناد إلى معايير عرفية محدّدة.

ولا تعود أسباب كون الأطبّاء الصينيين لا يقيسون إلى افتقارهم إلى تقنيات القياس بأيّ حال، وإنما إلى إلزامات معرفية – نظرية كما رأينا سابقاً. فالحركة، الحدث الحاضر، الوظيفة هي بطبيعتها، وتبعاً لجوهرها، غير محدودة، أي أنها مُغلقة على أيّ قياس، حتّى ولو كان بأدقّ الأجهزة. ولذلك فإن كافة المحاولات التي تنشد القياس محكوم عليها بالفشل مسبقاً. وسؤال الطبيب الصيني عن نتائج قياساته لهو أمر يشبه سؤال عالمٍ بيولوجيّ يدّعي: «يرقد الشحرور على البيض في عشّه على الزيزفونة». عن نتائج قياسٍ يمكنه بها تدعيم مقولته. ويتعرّف عالم البيولوجيا (وأيّ فلاح أو حتّى بستاني هاوٍ) على شجرة التفّاح، بوصفها شجرة تفّاح، في الربيع عندما تُبرعم، وفي الصيف عندما تكون بكامل إزهارها، وفي الخريف عندما تحمل الثمار، وفي الشتاء بعد تساقط أوراقها. إنه يعرفها كغرسة فتية لا تكاد تبرز من التربة، بل إنه يعرف نوع الشجرة التي أمامه حتّى عندما تكون حطباً مقطّعاً، وهنا لا بد أن يخذل كل قياس أحدهم كلّيّاً.

لنعلِّق رغم ذلك على مقابل المعايير المقياسية. ليس المهم في العلم الوضوح العقلاني فقط. ويختلف العلم، الطب العلمي، عن الفنّ، أو – كما يحلو للمرءِ القول– عن فنّ العلاج أو الطب التجريبي، من خلال قابليته للنقل، للتعليم، للتكرار وللاختبار. ولكن عندما تكون الحركات، كما

ذكرنا للتو، وبسبب كونها غير محدودة وغير قابلة للحدّ في الحاضر، وغير قابلة للقياس أيضاً (فالكلام المتكشِّف في اللحظة، أو حياة كائن لا يزال حيّاً هي غير محدودة وضعيّاً، أي غير قابلة للقياس أيضاً وضعيّاً وفعليّاً، طالما هي تتكشَّف)، فلا بد أن يستند كل من وضوح الطب الصيني وقابليته للاختبار إلى المعيار المتمّم المعاكس، وتحديداً إلى ما يميّز التنوّع اللامتناهي لسائر الحركات والوظائف والحدثيات الحيوية الجارية في آن معاً: اتّجاهها أو – وهو الأمر نفسه – كيفيّتها. لذلك يحتاج الأمر، من أجل صياغة صريحة وواضحة، ونقل معطيات الاتّجاهات، أي المقولات الكيفية، التقييمات، إلى المعايير الكيفية، وبتعبيرٍ آخر إلى معايير القيمة.

إن معياريّ القيمة الراهنين للأيسر والأيمن، ومعياريّ الموجب والسالب اللذين باتا أمراً يوميّاً من خلال الدينامية الكهربائية منذ نهاية القرن التاسع عشر، هي معايير مألوفة لكل منّا. والكيفيّتان القطبيتان لـ Yin وYang تطابقان في الفكر الصيني وفي سائر العلوم الصينية – بما فيها الطب أيضاً – ومنذ أقدم الأزمنة، زوجاً من معايير القيمة القطبية التي يتم فهمها واستخدامها من قبل كل شخص بالطريقة نفسها.

ولا شك أن الأمر في الطب يتعلّق، كما هو واضح، بتمييزات أكثر دقّةً وشفافيةً، حتّى عندما نسخِّر الجوانب الكيفية الملازمة للكثير من معايير القيمة التقنية من أجل التوصيف التدرّجي لمعطيات الخبرة. لذلك نواجه في التشخيص الصيني تحديداً – وبطريقة أخرى في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي والمعالجة الدوائية أيضاً – قائمة أطول، ولو أنه ما يزال بالإمكان الإحاطة بها بسهولة، من معايير القيمة الأخرى الملزمة لكل الشركاء في منظومة الطب الصيني. وهذه المعايير هي، إلى جانب أطوار التحوّل الخمسة، المعايير الرئيسة الثمانية (bagang) وما يُسمّى بعوامل المرض (bingyin). وتقسم هذه الأخيرة بدورها إلى الإفراطات المناخية الستة (liuyin) والانفعالات السبعة (qi qing). تلك هي الإثباتات المعيارية – العرفية الأكثر أهميةً من أجل التعيين الواضح والصريح للأمراض. بذلك يصبح بإمكاننا أن نتلمّس ببطء مفهوماً متمايزاً للمرض تبعاً لمعايير الطب الصيني. وبالطبع لا نعرف حتّى الآن أكثر من أن الأمراض بالنسبة للأطبّاء في الصين عبارة عن اضطرابات مديدة في الدوائر الوظيفية.

التعيين الملزم عموماً والمفهوم عموماً للعلامات المرضيّة

المعايير الرئيسة الثمانية:

وهي عبارة عن أربعة أزواج من معايير القيمة القطبية تسمح للطبيب بتحديد أوّلي عام للعاملات المرضيّة لدى مريضه. وهي – إن شئنا – مصفاة تشخيصية أولى.

عرفنا سابقاً أن Yin وYang تسميتان عالميتان للجوانب الطاقوية للتأثيرات. حيث يعتبر Yang قوّة أو جانباً طاقوياً يمارس تأثيره على موقع تأثير بنائي، على البدني، أي على Yin. على أن Yin وYang قد يتبدّلان على نحوٍ مرضيّ، وبالتالي يضطربان في لعبتهما المتبادلة السليمة الفيزيولوجية. أو كما جاء في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»: «عندما يسلك Yin وYang على نحوٍ شاذ، تكون النتيجة اضطرابات وظيفية».

في حال مرض – Yang يكون هناك عدم انتظام في الطاقات الفاعلة، وفي حالة مرض – Yin يكون هناك اضطراب في الطاقات البنائية. على سبيل المثال تعتبر حصاة الكلية (بمعنى الطب الغربي) مرضاً – Yin في الطب الصيني.

أما التمييز التشخيصي العام الثاني في الطب الصيني فهو ما إذا كان موطن المرض على «سطح الجسم» أو في «العمق». في الحالة الأولى يدور الكلام حول مرض «الجانب الظاهري» أو الخارجي (باللاتينية: species؛ بالصينية: biao)، وفي الحالة الثانية حول مرض «الجانب الباطني» أو الداخلي (intima؛ li).

إلى ذلك يتم التقييم الأعراضي العام للمريض في التشخيص الصيني تبعاً لـ«البرودة» (باللاتينية: algor؛ بالصينية: han) أو «الحرارة» (calor؛ re).

أخيراً يفحص الأطبّاء الصينيون في بداية كل تشخيص ما إذا كان هناك «استنفاد» للاستقامة (باللاتينية: inanitas؛ بالصينية: xu) أم «امتلاء» لانحراف ما (repletio؛ shi).

Yin وYang مسحوبان على الحدث المرضي:

Yin البنائي:

إن Yin، أي البنائي، «البنائية»، مسحوباً على المرض، على الاضطراب وعلاماته يعني أحد أمرين: إما أن البنائي، المادّي، الجسدي، متضرّر، متناقص، متحلِّل، فاسد، تالف، أو أن الدينامي قد تبدّل وفَسُدَ ليصبح بنائيّاً، أي متصلّباً، متثبّتاً، متيبّساً، ضعيفاً واهناً. في الحالة الأولى يمكننا الكلام عن استنفاد (inanitas) Yin، أي الطاقات البنائية الكامنة، وفي الحالة الثانية عن امتلاء (repletio) بنائي، أي عن تراكمات، تجمعات في الوظائف، أو في مجاميع الطاقة، المنشقّة، المنحرفة أو منحرفة السير (بالصينية: xie). في الحالة الأولى تزول الطاقة الاستقامية التي توفّر السند والأساس المتماسك للشخصية (سائر أشكال أمراض الهزال)، وفي الحالة الثانية تتكوّن تنشّؤات مادّية معيقة لحركات الفرد. إلاّ أن كلتا الصورتين تُدعيان Yin، وتتظاهران بأعراض متشابهة تماماً كالوجه الشاحب المتّسخ الأبيض الضارب إلى الخضرة. ولا يكاد المريض يُبدي أيّ توق إلى الحركة، وإنما يكون ساكناً تعباً في وضعية منحنية أو معطوفة أم مستلقيّاً على السرير. فهو ضعيف وخائر القوى. ويكون جسم اللّسان شاحباً، مترهّلاً وطريّاً وطلاوة اللّسان رطبة، ملساء وزلقة. تنفّس المريض ضعيف وشاق، وصوته واهن، وتتناقص الشهية والعطش، وقبل كل شيء الطلب على الأطعمة. ومن الأيسر أن يتناول المريض أشربة ساخنة. البول رائق، والبراز له رائحة السمك أو اللحم. الجسد بارد، وخصوصاً الساقان والذراعان؛ ويشعر المريض في بعض الأحيان بآلامٍ في البطن تتحسّن بالضغط، ولذلك ينعطف المريض على نفسه. ويكون النبض ضعيفاً دائماً، إلى جانب صفاته الأخرى.

Yang الفاعل:

إن Yang الفاعل، «الفاعلية»، مسحوباً على المرض، على الاضطراب وعلاماته، يعني كذلك احد أمرين: إما أن دينامية المظاهر الحيوية مُصعَفة، أي أن هناك استنفاداً (inanitas) في Yang الاستقامي، أو على العكس، يعني أن الدينامية، التوسّع، الانتشار، الحَرّ، تتكشّف «منحرفة السير» (بالصينية: xie) منحرفةً، أي منفصلة عن الوضع المثالي المحافظ على الحياة، أو معاكسةً له، أو أنها تؤثِّر ضده. في حين أن المجموعة الأولى من الموجودات مُمَلْغَمَة على نحوٍ وثيق مع اضطرابات – Yin وأعراضها، تظهر المجموعة الثانية كمقابل واضح للمجموعة الأولى من الناحية الأعراضية، وبشكلٍ ملفت، وذلك من خلال علامات كالوجه شديد الاحمرار أو المحمر في بعض الأماكن. شفتا المريض جافّتان، في بعض الأحيان متشقّقتان. جسم اللّسان أحمر غامق إلى أحمر قرمزي، وطلاوة اللّسان صفراء إلى لون الغراء؛ وفي الحالة القصوى تكون جافّة ومتشقّقة، حتّى أنها أحياناً تغدو سوداء مع نتوءات ثؤلولية الشكل. يشعر المريض بدافعٍ مستمر إلى الحركة، ويكون في سلوكه، عدا ذلك، مضطرباً ومتململاً للغاية. ويرتسم ذلك في عاداته الكلامية على سبيل المثال: فهو يميل إلى الصراخ والشتم، وإلى الثرثرة المتواصلة بصوت عال وقوي. ويكتسب المرء أحياناً الانطباع بأن المريض يهذي. التنفّس يكون لاهثاً ومسموعاً بوضوح، ويترافق في بعض الأحيان بخشخشة مخاطية.

ومن خلال المبالغة في الدينامية تتم بعثرة العصارات والانتقاص منها؛ وهكذا نجد لدى المريض مع موجودات – Yang جفاف الفم وعطش شديد غالباً. (شعوره بالحرّ يتطلّب تبريداً متواصلاً). البول متناقص ولونه غامق. ويشعر المريض بحرّ معذِّب، أو يكون لديه حمّى. النبض قويّ غالباً.

لنعد إلى المعيارين الرئيسين Yin وYang. ليس التشخيص الصيني أبداً تشخيصاً أحادي الجانب موجّهاً إلى إثبات إما أعراض – Yin فقط أو أعراض – Yang فقط لدى مريضٍ ما، وإما كليهما في كل حالة، إذ إن مصادفتهما المتدرّجة والمتزامنة هي القاعدة قبل أن تكون الاستثناء. (وهذا ينطبق على المعايير الباقية أيضاً). صحيح أنه قد يصادَف مريض ما يبدي أعراضاً من صنف واحد فقط، إلى أن ذلك مجرّد واحدة من إمكانيات عديدة، ولا يمثِل القاعدة بأيّ شكل من

الأشكال. ونجد في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر» أمثلةً على الاستخدام المركّب لـ Yang/Yin:

«إذا ساد استنفاد Yang (inanitas)، يشعر المريض بالبرودة من الخارج؛ وإذا ساد استنفاد Yin، يشعر المريض بالحرّ الداخلي. إذا تكشّف Yang (الدينامية الفاعلة) حافلاً وممتلئاً، يشعر المريض بحرّ خارجي (يشعر بنفسه ساخناً خارجياً)؛ وإذا تكشّفت البنائية (Yin) حافلةً وممتلئةً، فإنه يشعر بالبرودة الداخلية»[63].

ونقرأ في مكان آخر: «إذا كانت الطاقة الفاعلة (Yang qi) فائضة، يبدي الجسد سخونة دون تعرّق، وإذا كانت الطاقة البنائية فائضة، يكون الجسد بارداً مع الكثير من العرق»[64].

أخيراً نقرأ في Shanghanlun: «السخونة (= الحمّى) مع قشعريرة تنشأ عن (انحرافٍ) في الفاعلية؛ والقشعريرة دون حمّى عن (انحرافٍ) في البنائية»[65].

وهنا قد يعترض المرء بأنه لو كانت الأمراض المحدَّدة تتميّز على الدوام بمشاركة وصفية ومرئية ظاهريّاً أو تترافق بأعراض ملحوظة أخرى، لما خفي ذلك على الأطبّاء الغربيين أيضاً، على الأقلّ في الصور المرضيّة البسيطة وواسعة الانتشار مثل بعض أشكال «الغريب»، أي أنواع معيّنة من الإنتانات الفيروسية.

على أن موضوع الإصابة بالغريب لا يتعلّق سوى جزئيّاً فقط بولوج الفيروس إلى جسم الإنسان. صحيح أن ذلك؛ بلغة المفكّرين العلميين – شرط ضروري للمرض، ولكنه شرط غير كاف. أما العوامل الأخرى فهي – بأسلوب التعبير الغربي – نقص المقاومة المناعية، الشدّة (stress) المستديمة، العضوية المُضعفة بأمراضٍ أخرى، وغيرها الكثير. كل هذه العوامل تندرج في عداد الموجودات في التشخيص الصيني، بوصفها انحرافات أو اضطرابات مختلفة أيضاً. ومن هذه الوجهة تبقى إصابة الأشخاص أصحاب مثل هذه الموجودات غير القابلة للمقارنة – وفقاً للتشخيص الصيني – لاحقاً بالإنفلونزا أو غيرها من الأمراض المُعدية، تبقى مسألة مصادفة، وذلك حسب الفيروسات أو الجراثيم التي يدخلون في تماسٍ معها. من هنا فإن «غريباً» مشخَّصاً غربيّاً هو دوماً، تبعاً للطب الصيني، مجموعة من الأمراض المتشابهة للغاية، ولكنها مختلفة في بعض

النواحي، وبالتالي فإن الأعراض ستكون مختلفة أيضاً سيما وأن الموجود الذي يستند إليه الطب في الغرب، ألاّ وهو إثبات «مسبِّب مرضي»، لا يتمتّع في الطب الصيني سوى بأهمية ثانوية تماماً.

ويتيح تقييم المعايير الباقية تفريقاً أكثر شفافية أكثر دقّة لاتّجاه أو تطوّر الحدث المرضي. وهكذا يتم حصر العامل أو العوامل المحرِّضة للمرض في دائرة تضيق باطّراد.

«السطح» و«العمق» (species وintima):

وبمعرفة ما إذا كان موطن المرض لا يزال على السطح أو أنه قد تغلغل مسبقاً في داخل الجسم، يحصل الطبيب الصيني على معلوماتٍ أوثق حول شدّة المرض. ويدعى المعياران اللذان يتم بموجبهما الحكم على ذلك لدى الصينيين biao («الجانب الخارجي»؛ باللاتينية: species) و li («الجانب الداخلي»؛ باللاتينية: intima).

biao تعني حرفيّاً الجانب الخارجي أو الظاهري لقطعة الملابس، li الجانب الداخلي أو بطانة قطعة الملابس.

والاستعمال الفنّي لهذين المعيارين في الأدب الطبي الصيني ليس مُوحَّداً. ففي الأزمنة المبكرة (وقبل كل شيء في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي») كان يقصد بـ species دارةً خارجية (Orbis aulicus) وكانت intima تعني دارةً داخلية (Orbis horrealis). فيما بعد، وتحت تأثير باتولوجيا مرنة، أصبح يقصد بـ species المجال الوظيفي الخارجي للجسم، والذي ينتمي إليه الجلد والشعر وطرق التوصيل. أما المجال الوظيفي الداخلي (intima) فيندرج فيه، حسب هذا التمييز، كل من الدارات الداخلية والخارجية على حدّ سواء، والدارتان الفرعيتان – العظم والنخاع.

ويتعرّف المرء على أمراض الجانب الخارجي (عدا عن كيفيّات النبض المميّزة التي لم نثبت حتّى الآن سوى أنها موجودة) بالحمّى والقشعريرة، الصداع، آلام في الجذع والأطراف لا يمكن تحديدها بدقّة، انسداد الأنف وأخيراً طلاوة لسان رقيقة مبيضّة. وبالمقابل تكون أعراض أمراض الجانب الداخلي عبارة عن حمّى مرتفعة، اضطراب وتململ، عطش، آلام في الصدر أو البطن، إمساك أو إسهال. ويكون البول قليلاً ولونه مائل إلى الحمرة، واللّسان تكسوه طلاوة صفراء أو

رمادية إلى سوداء. كما تشير العلامات النموذجية لتناقص الحضور إلى مرضٍ في الجانب الداخلي.

كقاعدة عامّة لا بد لنا أن نلاحظ أن أمراض الجانب الخارجي المستقرّة على السطح تكون خفيفة بصورة عامّة، وغير خطيرة أو في طريقها إلى الهجوع. أما الأمراض المزمنة العميقة المتأصّلة والمعنّدة فهي دوماً أمراض الجانب الداخلي. ولما كانت أمراض الجانب الخارجي قد تتطوّر باتّجاه الجانب الداخلي، فإن الطبيب الصيني على علمٍ بأعراض هذا الانتقال أيضاً.

«البرودة» و«الحرارة» (algor وcalor):

من الخطأ أن يسمح للمعيارين algor وcalor – المترجمين في القاموس ببساطة إلى «برودة» و«حرارة» – أن يمثِّلا التحديدين الأكثر إقناعاً والأكثر بساطةً للأعراض المرضيّة. ذلك أن الشخص العادي غير الخبير – والطبيب الغربي غير الخبير بالطب الصيني– يظنّ أنه بهذين المفهومين المألوفين ظاهريّاً قد فهم علام يدور الموضوع. فهو يغفل أنه في المعايير الرئيسة لا يتم وصف أعراض (كأن يقول: الثلج بارد، النار ساخنة، الماء رطب)، وإنما تقوم هنا أعراف مجرّدة إلى حدّ بعيد بتحديد طيف واسع من الظواهر (أي الأعراض) التي لا صلة لها ببعضها بعضاً من الناحية الوصفية أبداً. وهكذا يجب اعتبار طلاوة لسان صفراء أو حديث محتد ومنفعل بصورة ملفتة علامات – حرارة (calor)، مثلما يجب اعتبار عدم الرغبة بالكلام أو رطوبة ملفتة في اللّسان علامات – برودة (algor)، وذلك على سبيل المثال لا الحصر. أما أن الكثير من أعراض الحمّى يمكن تصنيفها بالفعل كحرارة وبعض الإحساسات بالبرد كبرودة، فهو أمر هامشي وينجم عن سياق تشخيصي أوسع بكثير. لذلك فإن مقابلة المفهومين الصينيين han وre بالكلمتين اللاتينيتين – algor وcalor، تبدو لنا – وهنا أكثر من أيّ مكانٍ آخر – عين الصواب المصطلحاتي.

يبدو المريض المصاب بأعراض – برودة (algor) ساكناً وقليل الكلام. ويُظهر حاجةً شديدة إلى الراحة، ويضطجع في السرير منثنيّاً وساقاه معطوفتان. وتبدو العينان رائقتين ورطبتين؛ ولكن المريض يرغب بإبقائهما مغلقتين. وجه المريض شاحب إلى مخضرّ. الشفتان وأظافر اليدين تميل إلى اللون البنفسجي الضارب إلى الزرقة. اللّسان شاحب إلى وردي خفيف دون أيّة طلاوة أو مع طلاوة بيضاء خفيفة، ويكون رطباً وزَلِقاً. وقد يكون لدى المريض قشع مائع غزير، رائق أو

أبيض اللون. البول رائق وكاف؛ والمريض يميل إلى الإسهال، وليس لديه أيّ عطش، ورغم ذلك لعابه غزير. ويُظهر في بعض الأحيان شهية إلى الأطعمة الساخنة. اليدان والقدمان باردة.

أما المريض المصاب بأعراض – حرارة (calor) فيُبدي صورة معاكسة تماماً. فهو ثرثار وصاحب مزاجٍ عال. يستلقي في السرير على ظهره ووجهه محمرّ، ويكون أقرب إلى الاضطراب والتململ. شفتاه جافّتان ومتشقّقتان أو مترهّلتان ولونهما أحمر. الأظافر حمراء إلى بنفسجية. ويبدو جسم اللّسان منكمشاً، قاسياً كالجلد مع طلاوة سميكة وجافّة دوماً، وأحياناً شوكية، ويتراوح لونها من الأصفر إلى الأسود. القشع لزج ومائل إلى الصفرة. يعاني المريض من الإمساك، ويبدو بوله القليل أصفر غامقاً إلى مائل على الحمرة. يطلب أشربة باردة باستمرار، ورغم ذلك يكون فمه جافاً، وقشعه غزيراً وكثيفاً ومائلاً إلى الصفرة. الأطراف دافئة.

وهنا أيضاً لا بد من الإشارة إلى أن المريض قد يُبدي دون شك أعراض – برودة وأعراض – حرارة في الوقت نفسه، بحيث يسفر تشخيص الطبيب عن موجوداتٍ مختلطة. قد يبدو هذا مستغرباً للوهلة الأولى. ولكن كل منّا يتذكّر أنه كثيراً ما لازم الفراش ولديه حمّى، وفي الوقت نفسه قدماه باردتان.

دون الدخول في التفاصيل لا بد أن نشير إلى وجود «برودة مزيّفة» (algor falsus) و«حرارة مزيفة» (calor falsus). وهنا يخطئ الطبيب غير المتمرّس ويضع تشخيصاً تُخشى عواقبه. وبناءً عليه يقع في أخطاء علاجية أيضاً قد تؤدّي إلى مضاعفات جسيمة[66].

حول هذا الزوج من المعايير الرئيسة جاء في: «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» باقتضاب: «البرودة يسخّنها المرء، والحرارة يبرّدها المرء». وهذا ما يعتبر إشارة إلى مدى التشابك الوثيق للمعالجة مع التشخيص.

«الاستنفاد» و«الامتلاء» (inanitas وrepletio):

مع هذا الزوج من المعايير الرئيسة، وهو الاستنفاد (بالصينية: xue) والامتلاء (بالصينية: shi) نواجه مفهومين يسمحان للطبيب بالتمييز بصراحة فيما إذا كان الوضع الحيوي المثالي، الاستقامة، أي القدرة على المحافظة على توازن وظيفي مثالي، مصفعة بحد ذاتها أم ثمّة نبضات

مشوشة منشقة، منحرفة، تهدد هذا الوضع المثالي أو تضر به بشكل متواصل. في الحالة الأولى يدور الكلام حول استنفاد (inanitas)، وفي الحالة الثانية حول امتلاء (repletio). ويعني الاستنفاد أن الاحتياطات «الفيزيولوجية» تكون متناقصة ومُضعَفَة. أما الامتلاء فينسحب على مجاميع طاقوية مختلفة كلّيّاً، ألا وهي تلك التي تغدو فعالة بصورة خارجة عن الاحتياطات الفيزيولوجية ومفصولة عنها، وتكون «مشحونةً طاقويّاً»، وهذا ما يجعلها شديدة الفوَّعة، أي مُمرِضة.

إذن لا مناص هنا أيضاً من التحذير من تبسيط المصطلحات الذي يثير، مع كلماتٍ يومية مثل «فراغ»، «امتلاء»، الانطباع بأن المقصود هو وظائف الشخصيّة المشابهة أو حتّى وظائف الشخصيّة ذاتها، ولا شيء أكثر خطأً من هذا.

بالطبع تكمن في التعبيرين «استنفاد وامتلاء» مسبقاً إشارةٌ إلى ضرورات وإمكانيات المعالجة. فاستنفاد الاستقامة يتطلّب إجراءات متمِّمة، أي داعمة، مكمِّلة أو محرّكة للموارد. أما الامتلاء فيتطلّب تداخلاتٍ تصريفية، تبديدية، ناثِرة. ومن الواضح أيضاً أن الأولوية لا بد أن تكون مبدئيّاً لدعم الاستقامة قبل أي مكافحةٍ للانحرافات، إلاّ في الحالات فائقة الشدّة والمهدِّدة للحياة بشكلٍ بارز. فعن طريق دعم الاستقامة وحده نتوصّل إلى استعادة الوضع الوظيفي المثالي، وهذا يعني استرداداً كاملاً للسلامة. وعلى العكس فإن تصريف الانحرافات، إبادتها، تبديدها، مهما كان متواضعاً، يتضمّن إضعافاً، إنقاصاً لموارد المريض، بل يتضمّن في الحالة القصوى، عندما يتعلّق الأمر بالتغلّب على انحرافاتٍ جسيمة، تشويهاً للمريض. ولهذا الموضوع أهميته خصوصاً في حالة الظهور المختلط لأعراض الاستنفاد وأعراض الامتلاء، حيث تتم هنا معاكسة الاستنفاد بصفة خاصّة.

تمتلك كل شخصية، حسب المفهوم الصيني، نوعين مختلفين من الطاقة الفردية – النوعية، أي الطاقة الخاصّة بهذا الشخص وحده: الطاقة الفردية – النوعية الفاعلة (qi) والطاقة الفردية – النوعية البنائية (xue). الأمر الذي يطابق بدوره التمييز بين Yang وYin. ويمكن لأيّ من هذين الشكلين من الطاقة أن يكون في حالة استنفاد أو فيض، بحيث يتوجّب علينا، من هذه الوجهة، القيام بأربعة تمييزات مختلفة: استنفاد qi، امتلاء qi، استنفاد xue وامتلاء xue. يضاف إلى ذلك أيضاً الموجودات الأكثر تفصيلاً لكل من الاستنفاد أو الامتلاء بالطاقة في الدارات كل على حدة.

وتبعاً للمجال الوظيفي تكون علامات استنفاد qi على سبيل المثال: قصر النفس وضيق التنفّس وصولاً إلى الربو، صوت ضعيف وهجمات تعرّق تلقائية؛ آلام بطنية تتحسّن بالضغط، فقدان الشهية مع انهيار الهضم وإسهال؛ وقد يكون البطن مترهّلاً، اليدان والقدمان باردة، واهنة، وفي بعض الأحيان فاقدة للحسّ أيضاً. أما السمات الأخرى لاستنفاد qi فهي: ضعف الصوت إلى درجةٍ يغدو معها كلام المريض متثاقلاً، سيلان لعاب من الفم، حدقتا العينين تتوسّعان وتتضيّقان، ارتجاف الأجفان ونهايات الأطراف؛ كذلك خفقان قلب، عدم انتظام في إيقاع التنفّس، طنين في الأذنين، إحساس بالدوار وصمم عابر ناجم عن الاستنفاد.

على العكس من ذلك تتظاهر علامات الامتلاء بالطاقة الفردية – النوعية الفاعلة: فالصدر قاسٍ ومتشنّج مع الكثير من المخاط والشكايات التنفّسية التي تصل إلى درجة عدم التحمّل عندما يضطجع المريض. ويُسمع من المعدة أصوات متدحرجة، وهناك جشاءات ذات طعم حامض أو نتن؛ وقد يشعر المريض بأحاسيس الخناق أو الغصّة أو الغثيان، والتي تحول، في الحالة القصوى، دون تناول الطعام. كما أن الحمّى المتصاعدة والهابطة دوريّاً، الهذيان، البراز الأحمر أو الأبيض الذي يكون جافّاً قاسياً أو على شكل إسهال، كل ذلك يشير أيضاً إلى امتلاء qi (repletio qi).

التصفية الإجمالية الواضحة:

يمكننا مواصلة تعداد الأعراض المتنوّعة للاستنفاد والامتلاء كما نشاء. بيد أن ذلك لن يكون سوى مدعاة للبلبلة في كتاب ليس بالكتاب المدرسي، وإنما هو كتاب يُنشِد الاطّلاع على أسس الفكر الطبي لدى الصينيين. والمهم هو التالي: تسمح نظرية الطب الصينية للطبيب بترتيب وتصنيف العدد الكبير من العلامات المرضيّة وفقاً للأزواج الأربعة من المعايير الرئيسة. ويعتبر هذا الإلحاق للأعراض الملاحظة بمبادئ الترتيب النظرية إلحاقاً دقيقاً ومتنوّعاً، حتّى في علاقتها مع بعضها بعضاً، لدرجة أن الطبيب عادة لا يقتصر على أعراضٍ معيّنة، وإنما بإمكانه إهمال الموجودات المفردة غير الواضحة. ومن المستبعد كلّيّاً بالنسبة لطبيب صيني أن لا يتظاهر مرض شخصٍ ما بعددٍ كبير من الأعراض الملاحظة يمكّنه من وضع التشخيص. ومن هنا فلا حاجة لإضفاء أهمية مبالغ فيها على موجودات مفردة معيّنة. فما يوافق الطابع التركيبي الاستقرائي

للطب الصيني تحديداً هو أن الصورة الإجمالية لسائر الأعراض هي فقط ما يوفّر انطباعاً عن المرض.

وتنبغي الإشارة إلى وجهة نظر أخرى لها صلة بالتطبيق العملي للمعايير الرئيسة المذكورة آنفاً: لا تُقيَّم سوى تلك الأعراض، أي لا يُعترف صراحة باتّجاه منحرف عن الوضع المثالي أو باتّجاه محرف عنه – عن طريق الربط بمعيارٍ رئيس – إلا لتلك الأعراض التي يمكن كشفها من خلال خبرة وسطية للطبيب، وبحواس سليمة، بوصفها انحرافاً حرجاً. على سبيل المثال إذا لم يبدُ لون وجه المريض شاحباً بصورة ملفتة ولا محمراً بصورة ملفتة، فإن المشخِّص لن يحاول آليّاً أخذه بعين الاعتبار وتوصيفه كيفيّاً بشكلٍ ما؛ وإذا كان النبض في موقعٍ متوسّط ولم يبدُ قصيراً ولا ممتدّاً، فإنه، كذلك الأمر، لا يعني أيّ شيء مهم. وعلى العكس: إن وجهاً محمراً بصورةٍ ملفتة، تثير انتباه حتّى الشخص غير الخبير، لا بد من أخذه بعين الاعتبار وتوصيفه كيفيّاً تبعاً لمعيار أو عدّة معايير رئيسة – وذلك باعتباره مثلاً Yang، حرارة (calor)، امتلاء (repletio). والحري بهذا الأمر أن يسري عندما تظهر للمريض وللشخص غير الخبير أعراض متناقضة – كما هي القاعدة في الأمراض الجدّية أو المزمنة الشديدة –، على سبيل المثال تعرّق مع إحساس بالبرد، عدم العطش مع وجود سخونة شديدة أو حتّى حمّى، الطلب على الأشربة الباردة مع عدم تحمّل هذه الأشربة، وغيرها الكثير. هنا يثبت صلاحيته التصنيف الذي بلغ أعلى درجة من النضوج في غضون ما يزيد عن 2000 سنة؛ وهنا يتّضح أيضاً ما إذا كان الطبيب يمتلك معرفةً عابرة أم معرفةً مستفيضة وعميقة بهذه النظرية الطبية.

من الطبيعي أن المرء قد يعتبر كل عرض مرضي يدخل في التشخيص الصيني، بمفرده، عرضاً قليل الدلالة، غير دقيق أو سطحيّاً، وذلك عندما ينظر إليه معزولاً. بيد أن ذلك لا يُعتبر حجّة ضدّ الطب الصيني الذي جعل من الظهور المتزامن لمجمل السمات المرضيّة مرشده التشخيصي.

ليس لدى الصينيين أيّ تجربة مغايرة أو حتّى مغلقة على المراقب الغربي. سوى أنهم يرتبون ملاحظاتهم التجريبية تبعاً لوجهات نظر مختلفة عنها في الغرب. كما أنهم تعلّموا أيضاً الانتباه إلى أمور وأشياء لا يعيرها المراقب الغربي أيّة أهمية.

وتعتبر مفاهيمهم المذكورة «معايير رئيسة» من أجل التعيين الواضح والصريح للاتّجاه، أي مفاهيم أساسية في الفكر الطبي الصيني يتم بموجبها توصيف كيفي لحدثيات فيزيولوجية وباتولوجية متشابهة ظاهرياً، وبالتالي تمييزها بشكل واضح وصريح.

كي يستطيع المرء تثمين إنجاز نظرية الطب الصينية، وتقدير كفاءتها أيضاً، لا بد له أن يضع نصب عينيه على الدوام ما يلي: هنالك مئات من الوظائف الفيزيولوجية، والتي لا صلة لها ببعضها بعضاً ظاهرياً بالنسبة للمراقب الغربي، يتم جمعها في التخطيط الأيقوني للدارات إلى نوعين مختلفين من الدوائر الوظيفية – دارات التخزين الخمس ودارات العبور الست –، تشكّل كل اثنتين منها بدورهما زوجاً وظيفياً تكاملياً. ويتم في التشخيص الصيني، إضافة إلى ذلك، توصيف المئات من العلامات المرضيّة كيفياً وإسنادها إلى الدارات في الوقت نفسه.

إذن فلم يجر تطوير التكوين النظري الباتولوجي بصورةٍ منعزلة ومجرّدة بأيّ حال، وإنما هو تطوّر كتشابك للمعطيات التجريبية على نحوٍ تدريجي وعضوي إلى منظومةٍ طبية فعالة سريرياً للغاية، وتكاد تكون خالية من التناقض.

رغم أن المعايير الرئيسة توفّر سلفاً مصفاة ضيّقة العيون جدّاً من أجل الحكم على الحدث المرضي، إلا أن تقييم الأعراض وإسنادها إلى الدارات ليس سوى تحضيرٍ للمقولة التشخيصية. وبقدر ما هو الطب الصيني طب علمي، فإنه لا يعالج أعراضاً بالطبع، ولا كيفيّات مثل هذه الأعراض، وإنما يعالج العوامل الباتولوجية المسمّاة بالعوامل المرضيّة (بالصينية: Yin أو bingyin).

الشروط المؤدية إلى المرض: العوامل المرضيّة (Agentien):

تعتبر العوامل المرضيّة في المنظومة التركيبية – الاستقرائية للطب الصيني المقابل المكمِّل للأسباب (causae) في الفكر التحليلي – السببي للطب الغربي. فعلى عكس الأسباب التي – كما عرضنا سابقاً – تنسيق التأثيرات (العلّة تسبق المعلول – المترجم)، تظهر العوامل المرضيّة مع التأثيرات التي تُحدثها في وقتٍ واحد. هذا الأمر معروف في الغرب من خبرة المرضى على الأقلّ: فالأشخاص الحسّاسون للطقس يعانون من صداع طالما تسود الرياح الدافئة. ويحسّ المرء بالبرد

طالما هو عرضة للبرودة المفرطة. كما أن خطر حدوث حرقٍ شمسي يبقى قائماً طالما أن الشخص يتعرّض لأشعة الشمس.

قد يبدو مثل هذا التمييز لممارس الطب الغربي، ولغيره أيضاً، سفسطائياً. ولكن من الجليّ تماماً أنه غالباً ما يتوجّب على الطب الغربي والطب الصيني على السواء معالجة الاضطرابات التي تستمرّ متخطّية الأثر الفعلي لمنبِّه مشوِش. (قد يقول متحذلق ما إنه لو كان حرق الشمس أو حتّى ضربة الشمس تزول بمجرّد إبعاد العامل الممرض (Noxe)، لما كان الموضوع بحاجة إلى أيّ طبيبٍ أو طب). ولكن من يحاجج على هذا النحو يغفل ما قلناه أعلاه حول الآفاق التركيبية – الاستقرائية مع نظرتها المبدئية إلى ما هو حاضر: فانطلاقاً من هذه الآفاق لا يتم تسجيل اضطرابٍ ما بصورة موثوقة وضعيّاً سوى في الحاضر. لنبق في حرق الشمس: في حالة الأشعة الشمسية التي لا يشعر بها الشخص المعني على أنها مؤلمة إطلاقاً، وإنما على العكس، على أنها لطيفة للغاية، سوف يلاحظ التشخيص الصيني الموافق اضطرابات ملفتة في الاستقامة وبالتالي علامات إنذار. أما التشخيص الغربي الذي يقتصر على المعطيات البدنية، على الأقلّ في تعليمه المنهجي، فلا يمكنه الكلام عن اضطراب أو تهديد ما، إلا عندما يتم إثبات احتقان واحمرار قابل للقياس في الجلد أو تبدّلات مهمّة في الجلد والأدمة أو في مجمل الدورة الدموية.

ولكن من البديهي أنه لا بد للطب الصيني أيضاً أن يأخذ بالحسبان الحقيقة التجريبية التي لا يمكن إنكارها، وهي أن الاضطرابات التي تحرّضها العوامل المشوّشة اللحظية (العوامل المرضيّة) قد تستمرّ طويلاً جدّاً – لساعات، لأيام، لأسابيع وحتى لسنين–، بعد زوال العامل المشوِّش. وهو يفعل ذلك استناداً إلى مسلّمة «الانحراف»، أي مقدار الطاقة المنشّقة، المنحرفة في سيرها، والذي يسمّيه الصينيون: xie، وهو مقدار من الطاقة منفصل ومبتور، ويعمل، بحسب قوانينه الخاصّة، ضدّ التوازن الاستقامي العام. وسوف نبقي هذا التمييز الفكري والاصطلاحي حاضراً على الدوام عندما نعلم لاحقاً أنه يتم استخدام مجموعة كاملة من المفاهيم، سواء لوصف العوامل المرضيّة أم لوصف الانحرافات المنبثقة عنها والمحرَّضة من خلالها.

إن حاجة الأمراض لبعض الوقت كي تُشفى، هي حكمة واضحة وضوح الشمس في الطب الصيني. ويكمن الفارق الأكثر أهميةً عن الطب الغربي في أن الأطبّاء الصينيين يعالجون

الاضطرابات فقط دون غيرها – وبالتالي فهم يشخّصونها–، أما الأطبّاء الغربيون فيعالجون آثار هذه الاضطرابات.

لقد تعرّفنا سابقاً على مفهومي الاستقامة (Orthopathie) والانحراف (Heteropathie). وتُعتبر الأمراض، بحسب الطب الصيني، إما تعبيراً عن استقامة متناقصة أو مُضعفة، أو عن انحرافات غاصّة بالطاقة، أي قوية، باستطاعتها الإضرار حتّى باستقامةٍ شديدة عادةً أو التشويش عليها.

إذا صادف عامل مرضيّ استقامة مُضعفة، بإمكانه أن يحرِّض في الفرد المعني انحرافات على حساب التوازن الطاقوي العام. ولكن في حال كون الاستقامة غير متضرّرة سوى بصورة طفيفة، يتم تعديل هذه الانحرافات، أي يعاد امتصاصها. أما في الحالة الأخرى فتستمرّ الانحرافات، أو تطوِّر باستمرار دينامية خاصّة بها، وتجذب إليها المزيد من الطاقات. وتتجلّى مثل هذه الحالة بداية بأعراض امتلاء (repletio) في المجال «المحوَّل» من قبل الانحراف، وبأعراض استنفاد (inanitas) في المجالات المكمِّلة. ولكن في حال القيام بمحاولات علاجية غير مجدية متكرّرة، فمن الممكن أن ترجح كفّة أعراض الامتلاء على كفّة أعراض الاستنفاد. أما إذا عولج المريض بصورة عنيفة أكثر مما ينبغي، بحيث يتم التغلّب على الانحرافات بصورة كاملة، ولكن مع الإساءة إلى الاستقامة في الوقت نفسه، فمن الممكن أن ترجح كفّة أعراض الاستنفاد أو تتبقّى لوحدها – وهو ما يمكن أن تستخلص منه النتيجة بأن المريض المُضعف في الحالة الأخيرة قد يكون ذا مقاومة ضعيفة حيال هجماتٍ جديدة.

في الفصل الرابع من «الأسئلة الصريحة» في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»، وهو الفصل الذي يحمل العنوان المنمَّق «مقالة في الكلمات الصادقة من الصراخ الذهبي»[67]، يسال الأمير الأصفر: «في السماء [في الطبيعة] هناك ثماني رياح، وفي طرق التوصيل توحّد (فقط) خمس رياح. ما المقصود بذلك؟». ويجيب كونت Qi: «الرياح (الخارجية) الثمانية تُحدث انحرافات. الانحرافات تغدو (رياح) طرق التوصيل. وإذا اصطدمت هذه الأخيرة بدارات التخزين الخمس، فإن الانحرافات تُطلِق فيها أمراضاً».

الأمراض المفهومة على هذا النحو إن هي إلاّ تغيّرات في اتّجاه وظائف مهمّة جدّاً. كي تحدث هذه التغيّرات، يحتاج الأمر إلى ريح ما ذات شدّة مناسبة. وتبعاً لعلم الطب الصيني يحدث المرض بدايةً في طرق التوصيل على سطح الجسم. لذلك يسمّي الصينيون هذا العامل المرضي (Agens) «ريح طرق التوصيل» أيضاً (ventus sinarteriae). ويقصد الصينيون بـ «الرياح الثمانية» الاتّجاهات الأربعة المختلفة؛ ولما كانوا يميّزون خمس دارات تخزين، فمن غير الممكن أن يوجد سوى خمسة أمراض – ريح. ولكن في الوقت نفسه يتّضح أن احتمال ظهور انحرافات معيّنة في بعض الفصول من السنة أكبر منه في بعضها الآخر، وأن المرء يتعرّض للإصابة بالأمراض في تواقيت معيّنة من اليوم أكثر من تواقيت أخرى.

لمحة شاملة عن العوامل المرضيّة (Agentien):

لقد تعرّفنا في «ريح طرق التوصيل» على أحد الإفراطات المناخية الستة (liuyin) التي تمثّل واحدة من المجموعات الثلاث من العوامل المرضيّة. ولكي نميّز المعنى الدقيق في سياق نظرية الطب الصينية، والذي لا يتّفق مع مفاهيم اللغة اليومية المألوفة، نود استخدام التسميات اللاتينية لهذه الإفراطات([68]، وهي «ريح» (ventus؛ بالصينية: feng)، «برودة» (algor)، «الحرّ الضاغط [للصيف]» (aestus)، «رطوبة» (humor)،«الجفاف الشديد» (ariditas) و«الوهج» (ardor).

إلى جانب هذه العوامل المرضيّة الخارجية يعرف الصينيون عوامل مرضيّة داخلية أيضاً، وعوامل مرضيّة لا هي خارجية ولا هي داخلية، أي حيادية.

تُجمَع العوامل المرضيّة الداخلية في مجموعة الانفعالات السبعة (qi qing)؛ وهي «الفرح» (voluptas)، «الغضب» (ira)، «الهمّ» (sollicitudo)، «التفكّر» أو «الرويّة» (cogitatio)، «الحزن» (maeror)، «الخوف» (timor) و«الذعر» (pavor).

أما أخطاء التغذية، فرط الإجهاد الجسدي، والإفراطات الجنسية فيعتبرها الصينيون عوامل مرضيّة حيادية.

قمنا حتّى الآن بتجميع قطع فسيفساء الفكر الطبي لدى الصينيين. حيث تعرّفنا على العوامل المرضيّة (Agentien)، كعوامل مؤثِّرة مهمّة، وعرضنا الاختلاف مع النظرة التحليلية – السببية للغرب. يتم اكتساب المعارف في التشخيص الصيني حول العوامل المرضيّة الداخلية والخارجية بطريقة مجرَّبة وموثوقة. عن طريق التقييمات المعيارية – العرفية للموجودات التجريبية، إلاّ أنه لا ينسب للعوامل المرضيّة دوراً أساسياً بوصفها معياراً تفريقيّاً عن منظومات الفكر الأخرى وحسب؛ إذ إنها تُقيم الصلة بين التخطيط الأيقوني للدارات والتشخيص، ولكنها، في الوقت نفسه، مُلحقة بأطوار التحوّل الخمسة أيضاً، وبذلك فهي تخضع لهذا التقييم المعياري – العرفي الشامل.

بيد أنه يجب علينا الأخذ بعين الاعتبار أن الصينيين لا يصفون بالمفاهيم المذكورة العوامل المرضيّة فقط، وإنما يصفون بها أيضاً الانحرافات المحرَّضة من خلالها (أي من خلال العوامل المرضيّة). أي أنهم يتحدّثون عن انحرافات – ريح أو باختصار عن ريح (ventus). ولما كان بإمكان المرض نفسه أن يستمرّ بعد زوال تأثير العوامل المرضيّة المعنيّة، فإنهم يعرفون هذه الأمراض بالعلامات المرضيّة لدى المريض وحدها.

ولكي نتمكّن من الحكم الصحيح على العروض التالية ينبغي علينا أن نستحضر إلى الذاكرة القاعدة الأساسية المعروفة من التخطيط الأيقوني للدارات، والتي تعتبر بموجبها كافة المؤثرات القريبة لدائرة وظيفية ما مفيدة بالجرعة المعتدلة، ولكنها ضارّة بالجرعة الشديدة.

الإفراطات المناخية الستة:

1. الريح (ventus): العامل الموتّر:

من يصاب بانحراف – ريح (أي ريح خارجية)، يعاني قبل كل شيء من حمّى وقشعريرة، صداع وآلام في البلعوم. يشعر المريض بالدوخة، ولديه سعال خفيف ويتكلّم بصوت ضعيف. قد يكون الأنف مسدوداً؛ وتدمع العينان بكثرة. طلاوة اللّسان رقيقة وبيضاء اللون.

وتثبت كل من الدارة الكبدية والدائرة الوظيفية المكلمِّة لها، الدارة المرارية، أنها سريعة التأثر بشكل خاص بالانحرافات – ريح. وكما ورد في «الأسئلة الصريحة» في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، فإن المريض الذي يسود لديه المرض في الدائرة الوظيفية – الكبد عليه تفادي «الرياح».

ولكن كما هو الحال في الإفراطات المناخية الأخرى، لا تقتصر «الرياح» على الدائرة المطابقة لها بالأصل، وإنما بإمكانها أن تمتدّ إلى دارات أخرى أيضاً.

عندما تتغلغل انحراف – ريح في دائرة وظيفية مفردة، فإن المريض يعاني فجأة من آلامٍ متنقّلة في كافة المفاصل. وقد تظهر ظواهر شللية أو شلول جزئية في الجفون أو في عضلات الوجه. أما الأعراض الأخرى فهي دوار قد يؤدّي إلى الإغماء، فقدان الحسّ في أجزاء مفردة من الوجه أو تورّمات أو حدبات مؤلمة تحت الجلد. وغالباً ما تصادف اندفاعات جلدية مترافقة مع الحمّى، على سبيل المثال الحصبة.

تتحدّد الريح (ventus) كيفيّاً بطور التحوّل – الخشب، والفصل الذي تظهر فيه الانحرافات – ريح بصفة خاصّة هو الربيع.

على خلاف الأمراض المحرَّضة من قبل الإفراطات المناخية الأخرى، يُنسَب للانحرافات – ريح وضع خاص. فهي الوحيدة القادرة على الدخول في علاقة مع كلّ من الإفراطات المناخية الأخرى ليظهر المرض، بالتالي، كمرض مركب. وعندئذٍ يدور الكلام عن «برودة ريحية» (algor venti)، «حرّ ريحيّ» (aestus venti)، «رطوبة ريحيّة» (humor venti)، «جفاف ريحيّ» (ariditas venti) و«وهج ريحيّ» (ardor venti).

2. البرودة (algor): العامل الشالّ:

تعرّفنا على «البرودة» (algor) سابقاً كواحدٍ من المعايير الرئيسة. والآن يقابلنا المفهوم ذاته كعاملٍ مرضي. ومع ذلك لا يمكن أن يحدث خلط بينهما، لأن المقولة حول إفراطٍ مناخيّ مقولة أكثر شمولاً بكثير. ويتّضح من السياق في كل حالة، بأيّة «برودة» يتعلّق الموضوع.

تتحدّد البرودة (algor) كيفيّاً بطور التحوّل – الماء. ويُعتبر طور التحوّل هذا في قطبية Yang–Yin أيضاً Yin في Yin. بالتالي فإن البرودة هي ذلك الإفراط المناخي، أو بالأحرى المرض الناجم عنه، والذي يميل إلى البنائية القصوى. وليس هناك متّسع للطاقات الفاعلة؛ فهي متضرّرة بشكل محسوس وواضح. وتتعرّض للخطر، قبل كل شيء، الدارتان الكلوية والمثانية المطابقتان لطور التحوّل – الماء. وتُبديان استعداداً أكبر للإصابة في الشتاء.

طالما أن المرض لا يزال يستوطن السطح، يعاني المريض من حمّى دون تعرّق مع قشعريرة وجلد الإوزة. ويشعر بآلام في النقرة، الرأس، الظهر أو في الناحية القطنية، وأحياناً في الجسم بكامله. وعندما يتغلغل انحراف – برودة في طريق التوصيل، تحدث تشنّجات وآلام مفصلية. وتبدي اليدان والقدمان تصبّغاً أحمر قرمزيّاً. أما عندما يصل المرض إلى الدارات، فإن المصاب يشكو من آلام بطنية وقرقرة في الأحشاء، مع إسهال أو إقياء ناجم عن ذلك. ويغدو جسم الإنسان شاحباً، وتتشكّل طلاوة بيضاء.

يحذر «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»: «إذا ساد المريض في الدارة الكلوية»، يجب على المريض «تفادي الطعام الساخن المغلي واللباس المدفَّأ»! إذن لا ينبغي على المرء مكافحة الانحرافات – برودة بالخاصيّات المعاكسة قطبيّاً، وإنما بالتبريد اللطيف المجرَّع.

3. حر الصيف (aestus): العامل المرهق للفاعلية:

يُجهِد «حرّ الصيف الضاغط» قبل كل شيء زوجين من الدوائر الوظيفية التكاملية: الدارتين القلبية والمعوية والدارتين التأمورية والمجال الحراري الثلاثي. ينطبع حرّ الصيف (aestus) بطور التحوّل – النار. ولا بد أن كلاًّ منّا قد شعر بنفسه بأعراض الحرّ الممرض: حالات حموية في الصيف مع وهن وفتور قد تصل حتّى الإعياء الأقصى. وغالباً ما يعاني المرضى أيضاً من ضيق تنفّس ودوخة، أو تحدث هجمات تعرّق فجائية. ويصطبغ الوجه بلون متّسخ شاحب. وتتشكّل على جسم اللّسان الأحمر طلاوة صفراء رقيقة. ويتلوّن البول باللون الأحمر ويكون قليلاً. أما الشكل المتطرّف للانحراف – حرّ الصيف فهو ضربة الشمس.

يميّز الأطبّاء الصينيون صوراً مرضيّة مختلفة عندما يرافق الحرّ (aestus) مع إفراطات مناخية أخرى. فعندما يجري تبريد المريض المصاب بـ «حرّ الصيف» بسرعة أكبر مما ينبغي – على سبيل المثال عندما يقفز المريض في الماء البارد فجأة–، فقد يؤدّي ذلك إلى قشعريرة وتعرّق في الجلد. وتدلّ كل من الآلام البطنية والإقياء والإسهال على الارتباط الوظيفي – وفي الوقت نفسه على الاستعداد المشترك للإصابة – لكلّ من الدارتين القلبية والمعوية الدقيقة. ولا بد أن كلاًّ منّا قد مر شخصيّاً بتلك التجارب المزعجة بعد تمتّعه بالسباحة دون اكتراث، وذلك من غير أن يتمكّن من

ربطها مع بعضها بعضاً من الناحية النظرية – الطبية. ويفسّر الصينيون ذلك بأن البرودة البنائية القصوى تؤدي إلى اضطراب في تكشّف الطاقات الفاعلة.

إذا ظهر مع الحرّ رطوبة قصوى بصورة متزامنة، أي aestus مع humor، فإن ذلك يسيء قبل كل شيء إلى الدائرتين الوظيفيتين – المعي الدقيق والمعي الغليظ. وتكون النتيجة آلاماً بطنية مع تشنّجات، إسهالاً وإقياء أيضاً. وفي الحالات المتطرفة يظهر زحار أو كوليرا. وبوجود مناخ يتميّز بأيام من القيظ، يشتدّ ظهور أمراض مشابهة للملاريا، بل حتّى الملاريا ذاتها.

4. الرطوبة (humor): العامل المثبط الماحي:

كثيراً ما تقود الملابس المبلّلة بالعرق أو المبتلّة بالمطر، والتي لا تستبدل في الوقت المناسب، إلى انحرافات – رطوبة. كما يمكن أن تحدث هذه الانحرافات عند الإقامة في الغرف الرطبة أو عن طريق تناول الثمار الغنية بالماء بإفراط.

تتحدّد الرطوبة كيفيّاً بطور التحوّل – الأرض، وبالتالي فهي تطابق الدارتين الطحالية والمعدية. ونحن نعرف من التخطيط الأيقوني للدارات أن المذاق المطابق للدائرة الوظيفية – الطحال هو المذاق الحلو، ولكن الإفراط في تناوله يستنفد الطاقة الفاعلة للدارة؛ الأمر الذي قد يؤدّي كذلك إلى انحرافات – رطوبة.

في حال وجود دوخة مع انسداد أنف وصعوبة في التنفّس يتحدّث الصينيون عن رطوبة علوية (humor superior) أما أمراض النساء مع مفرزات عكرة فيعتبرونها رطوبة سفلية (humor inferior). أخيراً يميّز الصينيون أيضاً بين رطوبة خارجية (humor externus) ورطوبة داخلية (humor internus). أعراض الحالة الأولى عبارة عن تعرّق لا علاقة له بدرجة حرارة الجو السائدة، وهن، آلام مفصلية وتورّمات. وفي الحالة الثانية يعاني المريض من إحساسٍ بالضغط على الصدر، تورّم في الشرسوف غالباً ما يترافق مع غثيان وفقدان شهية. كما أن الإسهال واليرقان أيضاً دليلان على الرطوبة الداخلية.

5. الجفاف (ariditas): العامل الشاحِذ المصلِّب:

يميّز الصينيون نوعين من «الجفاف الشديد» (ariditas)، يمكنهما أن يؤدّيا إلى الأمراض: «الجفاف البارد» (ariditas frigidula) و«الجفاف الدافئ» (ariditas temperata). وكلا النوعان مُلحقَان بطور التحوّل – المعدن، وبالتالي يطابقان الدارتين الرئوية والمعوية الغليظة. ويسهِّل الطعام والشراب البارد أو اللباس البارد حدوث انحرافات – جفاف.

يتظاهر «الجفاف البارد» بقشعريرية وجفاف جلد (دون هجمات تعرّق)؛ أما الأعراض الأخرى فهي السعال، آلام البلعوم، انسداد الأنف، صدع خفيف، وتكون طلاوة اللّسان بيضاء وجافّة.

على العكس، يعاني المصابون بانحرافات – جفاف دافئ من هجمات تعرّق حموية، آلام بلعوم مع عطش. ويهيّئ السعال الشديد لآلامٍ صدرية. وتحدث تقشّعات مخاطية مدمّاة، مع بقاء الأنف جافّاً. وتكون طلاوة اللّسان جافّة ومائلة إلى الصفرة.

6. الوهج (ardor): الفاعلية المفرطة:

يمكن لكافة الانحرافات المذكورة حتّى الآن أن تتحوّل في الحالات الشديدة إلى «وهج» (ardor». حيث يحدث فقدان شديد في السوائل، الأمر الذي يساوي، حسب النظرة الصينية، تدمير الطاقة البنائية. والعواقب عبارة عن حمّى شديدة مع اضطراب وتململ واضحين، احمرار الوجه والعينين. كما يشعر المريض بآلامٍ في البلعوم وعطش. وتتشكّل على جسم اللّسان، الذي قد يصل لونه إلى الأحمر الداكن، طلاوة صفراء جافّة مع نتوءاتٍ بثرية. يتحدّد الوهج (ardor) كيفيّاً، شأنه شأن الحرّ (aestus)، بطور التحوّل – النار، مع فرط في طاقة – Yang الفاعلة.

كما في الحالات الأخرى، بإمكان الطبيب تأكيد تشخيص الانحرافات الناجمة عن الإفراطات المناخية، بصورة إضافية، عن طريق جسّ النبض.

الانفعالات السبعة:

نعلم من التخطيط الأيقوني للدارات أن كلاً من دارات التخزين يطابقها ارتكاسٌ نفسيّ، انفعال (emotio): الغضب (ira) يطابق الدارة الكبدية، الفرح (voluptas) يطابق الدارة القلبية، التفكّر (cogitatio) يطابق الدارة الطحالية، الهمّ أو الكدر (sollicitudo) يطابق الدارة الرئوية وأخيراً الخوف (timor) يطابق الدارة الكلوية. كما يعرف الطب الصيني انفعالين آخرين باعتبارهما عاملين مرضيين، وهما الحزن (maeror) الذي يؤثِر، كالهم، على الدائرة الوظيفية – الرئة، والذعر (pavor) الذي يُلاحظ كإضعاف طاقوي للدارة القلبية.

تمارس الانفعالات السبعة في أشكالها المفرطة – على صورة إفراطات انفعالية داخلية – تأثيراً ممرِضاً على الدائرة الوظيفية المطابقة لكلّ منها قبل كل شيء. ويسمح ظهورها الواضح، من الناحية التشخيصية، باستنتاجات حول الدائرة الوظيفية المعنيّة.

تُعتَبر الانفعالات مظاهر غير مباشرة للحالات الطاقوية في الدوائر الوظيفية، مما يعني أنه ليس كل ارتكاس انفعالي بمثابة بادرة للمرض. والأحرى أن يُعتبر غياب الارتكاس النفسي عرضاً مرضيّاً. فليس المريض هو فقط من يقلق بشكل مفرط، من يشكو الهموم باستمرار، من لم يعد ينقطع حبل تفكّره، من يُجَنّ جنونه لأتفه الأسباب أو من تدفعه باستمرار مشاعر الفرح والسرور. إذ يُعتبر افتقاد مثل هذه الارتكاسات كلّيّاً أمراً مرضيّاً كذلك: أي عندما لا يغضب شخص ما أبداً، لا يحمل أيّة هموم إطلاقاً، لا يمكنه الإحساس بمشاعر الحزن، يتصرّف دوماً دون تفكير أو روية أو لا يشعر بأية رغبات أبداً.

مثل هذه المقولات لا تُعتَبر في إطار الطب الصيني – على خلاف التفكير الغربي العادل – حكماً واضحة كالشمس، وذلك لأنها تَرِدُ، قبل كل شيء، في السياق العام لنظرية الطب، وبالتالي فهي مؤطَّرة علميّاً. وبإشراكها مع موجود المعيار الرئيس تبعاً للامتلاء أو الاستنفاد، فإن الطبيب يتوصّل ليس فقط إلى كشف مدى مرضيّة الارتكاسات النفسية وفي أيّ اتّجاه – باتّجاه «الإملاء» أم «الاستنفاد» – يتطوّر المرض الموافق، وإنما يحصل من نوع الارتكاس النفسي على دلائل أيضاً تشير إلى الدوائر الوظيفية المتضرّرة.

إن الخطأ الذي يقع فيـه المراقبون غالباً هو التالي: بما أن عَرَضاً معيّناً منعزلاً لا يوفّر سوى موجوداتٍ قاصرة، فإنه لا يصلح للتشخيص. غير أن حجّة الصينيين الملموسة تقول: بما أن عَرَضاً

معيّناً منعزلاً لا يعني شيئاً على الإطلاق، فلا بد من تقييمه ضمن السياق العام مع سائر الأعراض الأخرى.

هنا سيعترض الطبيب الغربي قائلاً: ولكن حتّى عندما انظر إلى الانفعالات والإفراطات، النبض واللّسان، الصداع والوهن، مع بعضها بعضاً، فإنني لا أكشف شيئاً عن سبب المرض. وهنا لا بد أن يردّ الطبيب الصيني بأن السبب لا يهمّه إطلاقاً، وأن ما يهمّه هو المرض نفسه والمسار المتوقَّع الذي يتّخذه.

ومن المهمّ النظر إلى الانفعالات في تسلسل دورات أطوار التحوّل المختلفة، إذ ينصّ تسلسل الإنتاج عندئذٍ (الخشب، النار، الأرض، المعدن، الماء) على أن الغضب ينتج الفرح؛ الفرح ينتج التفكّر؛ التفكّر ينتج الهمّ؛ الهمّ ينتج الخوف؛ وأخيراً ينتج الخوف الغضب من جديد. أما تسلسل الكبح (الخشب، الأرض، الماء، النار، المعدن) فيسير كما يلي: الغضب يكبح التفكّر؛ التفكّر يكبح الخوف، الخوف يكبح الفرح؛ الفرح يكبح الهمّ؛ والهمّ يكبح الغضب ثانية. ونذكر أخيراً تسلسل القهر أو التغلّب (الخشب، المعدن، النار، الماء، الأرض): الغضب يقهر الهمّ؛ الهمّ يقهر الفرح؛ الفرح يقهر الخوف؛ الخوف يقهر التفكّر؛ والتفكّر يقهر الغضب.

لا يمكن للمرءِ بمثل هذه المقولات، وبمعزلٍ عن السياق الطبي العام، فعل الكثير، ولذلك لا يجوز لنا أيضاً أن نبالغ في تقييمها. ولكننا نودّ بأحد الأمثلة أن نبيِّن كيف أننا نتصرّف في علاقاتنا مع الآخرين، ودون وعي منّا، طبقاً لهذه المفاهيم الصينية.

لنفترض أننا تعرّفنا بصورة عابرة، أثناء فترة الانتظار في المطار، على شخصٍ ما، وأن صاحبنا اعترف في حديثه أن لديه «قلق جنوني من الطيران». سوف نردّ عليه بأن لا أساس لهذا القلق على الإطلاق، إذ إن الطيران لا يزال أكثر طرق المواصلات أماناً. واحتمال حصول أعطال وأضرار في المواصلات البرية أكبر بكثير. بذلك نكون قد حاولنا حثّ صاحبنا على التفكّر وتخليصه من خوفه من الطيران، وذلك ليس شيئاً آخر غير «التفكّر يكبح الخوف» من تسلسل الكبح.

أما الطبيب الغربي فيعتبر أن الخوف من الطيران مشكلة نفسية معزولة وبالتالي يحاول معالجتها نفسيّاً. ولكن لما كان الفصل بين الجسد والنفس غير وارد بالنسبة للطبيب الصيني، فإنه

سيضع تشخيصاً «كلانيّاً» إذا شئنا القول. ويشير الخوف المفرط، عبر كيفية أطوار التحوّل، إلى اضطراب في الدائرة الوظيفية – الكلية أو المثانة. ولكن ذلك، ومن جراء التراكبات الممكنة، ليس إلزاميّاً، ولا بد من تأكيده بدقّة أولاً.

والآن نتناول الانفعالات كلاًّ على حدة مع الأعراض التي تُحدِثها:

1. الفرح (voluptas): الشعور الجارِف:

يعتبر الفرح، تبعاً للمفهوم الصيني، ارتكاساً نفسيّاً للدارة القلبية. وهو ينشِّط، بمقدارٍ صحّيّ، المخيّلة ويقود إلى تحريض طاقة البناء والدفاع. بيد أن من يعيشه بإسراف، يؤدّي لديه إلى استنفاد (inanitas) طاقة الدائرة الوظيفية – القلب، فتتداعى الطاقة المكوكبة التي «تمسك وتوحِّد» الشخصية. كما تحصل تغطية لطاقة الدارة القلبية عن طريق طاقة الدار الكلوية، مما يؤدّي إلى أعراض مثل تعكّر الوعي وكلام مشوَّش غير مترابط، حركات وأساليب غير متناسقة.

2. الإثارة (ira): الشعور المحتقن:

تثير ثورات الغضب الشديدة المتواصلة الدارة الكبدية والدائرة الوظيفية المكمِّلة لها، الدارة المرارية، بصورة شديدة. كما يستثير امتلاء الطاقة (repletio) في الدارة الكبدية فرط ارتكاسٍ غضبيّ. إذن فهناك تأثير متبادَل، كما هي الحال مع بقية الدوائر الوظيفية والانفعالات المطابقة لها. إن الطاقة التي تُختَزن في الدارة الكبدية هي xue، أي الطاقة البنائية الفردية – النوعية. ويؤثِّر الامتلاء (repletio) في الدارة الكبدية على الدارتين القلبية والكلوية أيضاً بصورة غير مباشرة، وهما الدائرتان الوظيفيتان اللتان تسبق إحداهما الدارة الكبدية والأخرى تليها في تسلسل إنتاج أطوار التحوّل. فهما «الدارتان الجارتان» المباشرتان. أما العَرَض الظاهري للمرض الذي يسهِّل الغضب حدوثه فهو الاحمرار الشديد في الرأس. قد يؤدّي الغضب (ira) في الحالات الشديدة إلى الإغماء أو السكتات أيضاً.

3. الهمّ (sollicitudo): الشعور المعيق:

تؤذي الهموم الكبيرة بصورةٍ مباشرة، وقبل كل شيء، الزوج التكاملي المؤلَّف من الدارة الرئوية والدارة المعوية الغليظة. مما قد يؤدّي إلى ترافق قصر التنفّس والتقشّع المخاطي مع انتفاخ البطن والإسهال الشديد. فمن خلال الهمّ لا يتضرّر، قبل كل شيء، إيقاع التنفّس والدورة الدموية فقط، وإنما إيقاع سائر الحدثيات الطاقوية. ولهذا تأثيرات راجعة ملموسة على وظائف الدارة الطحالية في المعاوضة والتكييف والإدماج. وبالتالي يضطرب الأداء المتناغم لطاقات الدوائر الوظيفية كافة. وتكون العواقب، إلى جانب الأعراض المذكورة آنفاً، تنفّساً خاطئاً مع سعال ونقص شهية. وتضعف اليدان والقدمان، وقد يحصل، فوق ذلك، فقدان مقوية معمّم، وهذا يعني فقدان حالة التوتّر والشدّ الطبيعية في الجسد.

4. التفكّر (cogitatio): الانفعال المنضبط:

غالباً ما يكون المفكِّرون الكبار، لدهشة الآخرين من حولهم، مشتّتين وشديدي النسيان. أما بالنسبة لطبيب صيني فلا يكاد ذلك مستغرباً. فهو يعلم جيّداً أن التفكّر المفرط قد يقود إلى الإنهاك والتعب والنسيان. والمريض الذي أصبح مستعدّاً للإصابة على هذا النحو يشكو من خفقان قلب وحاجة شديدة إلى الهدوء والراحة. ويؤدّي فقدان الشهية إلى نقص تغذية وهزال. وكثيراً ما تحدث هجمات تعرّق شديدة أثناء النوم. كل ذلك قد يكون نتيجة لتضرّر الدارة الطحالية من خلال التفكّر (cogitatio)، إذ يضيع بذلك، وبشكل ملحوظ وواضح، الإيقاع الحيوي المنسّق.

علمنا سابقاً أنه لا يساء إلى الدارة الطحالية بصورة مباشرة عن طريق الإفراط في التفكير المرهق وحسب، وإنما أيضاً بصورة غير مباشرة عن طريق الهموم الضاغطة، أي عبر الدارة الرئوية. وتقع هاتان الدائرتان الوظيفيتان في تسلسل الإنتاج بجوار بعضهما بعضاً بشكل مباشر، مما يجعل إضرارهما المتبادل ببعضهما بعضاً مفهوماً. وبالفعل فإن الارتكاسين النفسيين المطابقين لهما، اللذين يقودان، بوصفهما إفراطين، إلى انفعالين ممرضين، يتوضّعان جنباً إلى جنب مباشرة. وهذا ما تؤكِّده الخبرة أيضاً: فكثرة التفكّر قد تجرّ إلى الهموم، وعلى العكس يمكن للهموم الضاغطة، التي يبدو أن لا مخرج لها، أن تصبّ في الغرق في كثرة التفكير. وعندئذٍ فإن كلا الانفعالين يعزّزان بعضهما بعضاً – كعوامل مرضيّة – بشكل متبادل، بحيث تزداد صعوبة كسر

هذا اللولب باطّراد. ويعتبر القول السائر في اللغة اليومية: «لا تحمل همّاً!» بمثابة النصيحة: «لا تشغل فكرك كثيراً!». ونحن نعرف أن مثل هذه «النصيحة الوجيهة» غير مجدية عموماً، ذلك أنه لا يمكن بذلك تقديم العون الشخصي المعني. والطبيب الصيني هنا سوف يحاول استعادة الشخصية الكلّية إلى درجةٍ تستطيع معها تذليل المصاعب بنفسها، وبذلك يتم تقويض الهموم.

5. الحزن (maeror): الشعور المشحون:

يؤثِّر الحزن، على نحوٍ مشابه للهموم، على الدارة الرئوية. ولما كانت الكيفيات المطابقة لطور التحوّل – المعدن – قادرة، في حالة المرض، على تغطية أو قهر الكيفيّات المطابقة لطور التحوّل – النار، فقد يُساء بهذه الطريقة إلى الدارة القلبية أيضاً. وبذلك تضعف طاقتها. ويتجلّى ذلك بالوجه الشاحب الهزيل. ويجلس المصاب غير مكترث ويبدو جامداً عديم الإحساس.

6. الخوف (timor): الشعور المقيد:

يشعر الكثير من البشر، في هذه الأيام تحديداً، بشعور حقيقي لا داعٍ له بالقلق العميق المقبض، بحيث أصبح صفة اجتماعية مميّزة. لم يسبق أن كان حال البشرية على ما يرام كما هو الآن. وبالرغم من ذلك فقد بات القلق، لأسباب مبهمة، رفيقنا الدائم. وبحسب المعارف الصينية يوجد هنا عادةً (وهذا يعني لا بد أن يكون مؤكّداً تشخيصيّاً في كل حالة على حدة) استنفاد (inanitas)، ضعف في طاقة الدارة الكلوية. والعكس صحيح أيضاً، إذ إن خوفاً مفرطاً يضرّ بهذه الدائرة الوظيفية. ولا شك أن هذا الخوف قد يكون مبرَّراً بالظروف الخارجية.

وجراء مجاورتها للدارة الكلوية يمكن للدارة القلبية أن تصاب بدورها. أما أعراض الخوف (timor) فهي اليأس وقلّة الثقة بالنفس، عدم القدرة على اتّخاذ القرار، الاضطراب والتململ، جنون الاضطهاد وميل إلى التقوقع والاعتكاف لا يُعرَف له سبب.

7. الذعر (pavor): الشعور المزعزع:

يدل الذعر المرضي على تضرّر في الدارة القلبية. وعلى العكس، يُفترض بالأشخاص الذين يعانون منه تفادي كافة المواقف التي تسبّب لهم ذعراً جديداً طارئاً، إذ إن ذلك يترسب مباشرة في الدائرة الوظيفية – القلب. ويتواجد في مثل هذه الحالات ضعف في طاقة الدارة القلبية. ويُبدي الفرح تأثيراً مشابهاً، وبالتالي ليس مستغرباً أن تحدث أعراض مرضيّة مشابهة: كلام وسلوك مشوشان، أساليب سلوكية متناقضة وغير مترابطة. وإلى جانب ذلك يبدي المريض ارتباكاً وتململاً وتنفّساً سريعاً.

إذا كان لدى الطبيب في حالةٍ معيّنة شك فيما يتعلّق بإلحاق الأعراض المفردة بالحساسيات الانفعالية، فما عليه، بكل بساطة، سوى إزالة هذا الشك عن طريق الاستجواب. إذ إن كل مريض يعلم ما إذا كان يعاني من الذعر أكثر أم من مشاعر الفرح المفرطة.

العوامل المرضيّة الحيادية:

ثمّة ثلاث مجموعات من العوامل المرضيّة لا يمكن إدراجها في تصنيف الإفراطات المناخية الستة والانفعالات السبعة، مع أن بإمكانها أيضاً أن تؤدّي إلى أضرار صحّية: أخطاء التغذية، فرط الإجهاد الجسدي والإفراطات الجنسية.

1. أخطاء التغذية:

تتجلّى أخطاء التغذية في سلسلة من المظاهر التي تُدعى في الغرب باضطرابات الهضم: جشاءات حامضة أو نتنة، حرقة معدية، إقياء أطعمة غير مهضومة، شعور بكتلة في ناحية المعدة، وكذلك تورّمات وآلام. وبتعرّض الدائرة الطحالية لأخطاء التغذية يحدث تناوب بين الإسهال والإمساك.

2. فرط الإجهاد الجسدي:

يمكن لفرط الإجهاد الجسدي أن يؤدّي إلى إضرارٍ مرضيّ باحتياطات الطاقة البنائية وبالطاقة البنيوية المتوافرة. وكل منّا يعرف الأعراض شخصيّاً: إنها كسل كلّيّ مع ضيق تنفّس

وتململ. وقد يضاف إلى ذلك في الحالات الشديدة هجمات تعرّق تلقائية، حرّ داخلي وتسرّع قلب.

3. الإفراطات الجنسية:

تُعتَبر الوظائف الجنسية في منظومة التخطيط الأيقوني للدارات من وظائف الدارة الكلوية؛ لذلك تصاب هذه الدائرة الوظيفية بشكلٍ مباشر من خلال الفسق والفجور الجنسي. وبقدر ما تؤدّي هذه الإفراطات إلى استنفاد الطاقة الفاعلة في الدارة الكلوية، فإن ذلك يتجلّى في أعراض مثل تصلّب اليدين والقدمين، ضعف الساقين والوركين. ولكن قد تكون عاقبة الإفراطات الجنسية أيضاً قذف السائل المنوي أثناء النوم أو ضمور العضو أو اضطرابات في القذف.

ويمكن للدارة القلبية أن تصاب بدورها بصورةٍ غير مباشرة، ويحدث نتيجةً لذلك سعال وقشع مدمّى، حمّى خفيفة تظهر يوميّاً في التوقيت نفسه، تسرّع قلب وهجمات تعرّق أثناء النوم.

الخلاصة:

إلى هنا نكون قد تعرّفنا على 16 عاملاً مرضيّاً بالإجمال، يمكنها أن تجعل الإنسان مريضاً. إن النظرة المنسلخة إلى حدّ بعيد عن السياق العام لا بد أن تكون هنا بالضرورة أقرب إلى كونها «تحليلية – غربية»، وإن لم تكن سببية، وذلك كما بيّنا في مثال الخوف من الطيران. على أن مُطلِق المرض لا يكون عاملاً مرضيّاً وحيداً إلاّ فيما ندر من الحالات. وتكفي خبرتنا اليومية ما قبل العلمية مجدّداً لتبيان أن المرء قد يقترف أخطاء تغذية ويفرط في إجهاد جسده في آنٍ معاً. وقد تظهر، علاوة على ذلك، انفعالات الحزن أو الخوف أو الهمّ؛ وقد يضاف إلى ما سبق اضطرار المرء للمعاناة من إفراطاتٍ مناخية أيضاً، وهنا مجدّداً من عدد منها في الوقت نفسه، مثلاً «البرودة» (algor) و«الرطوبة» (humor).

ثم يأتي الحكم الإضافي الضروري على المرض تبعاً للمعايير الرئيسة الثمانية، ليقدِّم توضيحاً حول مجال المرض وسيره المحتمل. ولا نرى داعياً للتشديد على أن التفسير الموثوق للعلامات المرضيّة على هذا النحو يحتاج، إضافة للتأهيل النظري المتقَن للطبيب، إلى الخبرة السريرية أيضاً. إن الدراسة لمدّة أربع سنوات مثلاً، كما هي القوانين اليوم بالنسبة للطب التقليدي في

الصين، ناهيك عن الخبرات الممتدّة لسنواتٍ طويلة لدى أولئك الأطبّاء الذين تابعوا تدرّبهم في وقت سابق لدى أحد المعلّمين، وغالباً لدى الأب نفسه، طبعاً للتقليد العائلي والعام المتَّبع في الطب الصيني، كل ذلك قد وفّر ذلك التأهيل النظري وتلك الخبرة السريرية بالتأكيد. بالمقابل فإن أحداً لن ينتظر من بضع دورات عابرة خلال رحلة لمدّة ثلاثة أسابيع غنيّة بالتسالي واللهو اللطيف، إلى هونغ كونغ أو بلدٍ آخر في شرق آسيا، أن تستطيع توفير ذلك ولو بصورة إجمالية فقط.

إذن بغض النظر عن الجهود الطبيعية التي تتطلّبها الدراسة المتأنية لأيّة طريقة علمية، ومن بينها الطب الصيني أيضاً، تتفتّح هنا صورة أخّاذة لطب علمي منظَّم بصرامة ودقّة وعقلاني دون شك: فمع جهازٍ نظريّ مفهوم جيّداً، يتكوّن من أطوار التحوّل وتسلسلاتها الثلاثة، عناصر التخطيط الأيقوني للدارات وعلم الشرايين الصينية، المعايير الرئيسة الثمانية والعوامل المرضيّة الستة عشر، من الممكن توصيف التنوّع غير المحدود عمليّاً للحالات المرضيّة الفردية بشكل صريح وملزم عامّة، وبالتالي قابل للاختبار والتكرار وقابل للمعالجة. وهنا يتبيَّن لنا أيضاً كم هو من غير المعقول تصنيف الطب الصيني ببساطة، على أنه مجرّد طب خبرة. إذ مهما بلغت دقّة الملاحظة وتكرارها، فهي لا تسمح لوحدها باكتساب معارف الطب الصيني. فالأمر يحتاج أيضاً إلى مخزونٍ نظريّ.

تطبيق التشخيص الصيني

قمنا في الفقرات السابقة برسم صورة عامّة عن الجهاز النظري الذي يُعتَبر الشرط الذي لا غنى عنه للبناء الفكري، أي للتنظيم العقلاني لمعطيات الملاحظة الوضعية، على النحو الذي يزوّدنا فيها بالتشخيص. وبعد هذه اللمحة العامّة من المهم أن نعلم كيف يتم توظيف هذا الجهاز عمليّاً. كنّا قد نوّهنا مسبقاً إلى أن التشخيص الصيني يتقدّم، وعلى نحو لا يختلف فيه كثيراً عن أيّ تشخيص لطبٍ آخر، وضمناً الطب الغربي، بأربع سبل، ألا وهي أولاً: التشخيص بالمعاينة، ثانياً: التشخيص عن طريق الرائحة والإصغاء، ثالثاً: التشخيص بالاستجواب ورابعاً: التشخيص عن طريق الجسّ.

أولاً: التشخيص بالمعاينة (inspectio؛ بالصينية: wangzhen):

وهو يكشف ويقيّم كافة التبدّلات الباتولوجية التي يمكن للطبيب التعرّف عليها بالنظر. والأكثر أهميةً في هذه المعاينة هو تشخيص اللّسان. غير أنه يتم أيضاً تسجيل عدد كبير من السمات الأخرى في الرأس، وخصوصاً في الوجه (الفم والبلعوم، الأذنين، الأنف، العينين، الأسنان، اللثة)، في اليدين والأطراف، كما يتم تسجيل تبدّلات الجلد؛ فضلاً عن ذلك يدخل في التشخيص أيضاً الحكم على المظهر العام، على حركات المريض، وفحصٌ للإطراحات بالنظر.

ثانياً: التشخيص بالإصغاء والشمّ (auscultatio et olfactio؛ بالصينية: wenzhen):

ويخدم في التقييم التشخيصي للصوت والكلام. ويحكم الطبيب على صوت السعال والتنفّس، صوت الفُوَاق[69] والجشاءات. الغصّة الخنّاقية والإقياء. أما التشخيص بالشمّ فيتناول رائحة العرق،

رائحة الفم، رائحة الإطراحات وأخيراً رائحة غرفة المريض أيضاً.

ثالثاً: الاستجواب التشخيصي الشامل (interrogatio؛ بالصينية: wenzhen):

يأتي الاستجواب التشخيصي الشامل ليكمِّل الملاحظة المباشرة للطبيب. إذ ليس في وسع الطبيب الإحساس شخصيّاً بآلام المريض على سبيل المثال أو بتناقص قدرته البصرية. وهو يكشف بالاستجواب شكايات مثل نقص الشهية، اضطرابات الهضم أو النوم، ضعف السمع أو عدم انتظام الدورة الشهرية عند النساء.

رابعاً: وأخيراً يبقى التشخيص عن طريق الجسّ (palpatio؛ بالصينية: qiezhen، anzhen):

وهنا يعتبر جسّ النبض وجسّ نقاط التنبيه، لكشف النقاط التي ينبغي وخز الإبر فيها، الوسيلتين التشخيصيتين الأكثر أهمية على الإطلاق في الطب الصيني، رغم أن تشخيص النبض لا يقع عادةً في بداية التشخيص الطبي، بل غالباً في نهايته. إذ إن الطبيب يحصل على انطباعاته التشخيصية الأولى عن طريق معاينة المريض. أجل، فالتأمّل أو المعاينة وفقاً لـ«المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» الإجراء التشخيصي الأوّل والأكثر أهمية على الإطلاق. ولكن لا يجوز لنا اليوم أخذ هذه المقولة حرفيّاً، شأنها شأن بعض المواضع الأخرى من «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي». فمن جهة يعود «المؤلف الكلاسيكي الداخلي» إلى البدايات الأولى للتطوّر العلمي للطب الصيني، قبل ما يزيد عن 2200 عاماً. ومع أن تشخيص النبض كان آنذاك معروفاً ومطبقاً بكل تأكيد، إلا أنه احتاج إلى ما لا يقلّ عن 600 عاماً قبل أن يطابق، ولو بصورة إجمالية ما نعرفه اليوم ونتقنه. ثم مضت 1300 سنة أخرى قبل أن يتم تدريجيّاً بلوغ ذلك النضج والتمايز اللذان يبدوان لنا اليوم بديهيين، على الأقلّ لدى خيرة الأطبّاء. وبالفعل فقد استقرّ الوضع اليوم على كون تشخيص النبض، محاطاً بمنظومة الطب الصيني المجرَّبة والمطوّرة علميّاً على مدى ما يزيد عن 100 جيل، يبدو لنا المحطة التشخيصية الأكثر وثوقاً، والتي إما أن تؤكّد في النهاية كافة الموجودات الأخرى أو تضعها موضع التساؤل.

ولكن ثمّة مبرّر آخر لأن يُعزى للنبض دور أساسي. فهو، بخلاف الاستجواب التشخيصي مثلاً، غير قابل للمناورة فيه من قبل المريض. فموجودات النبض موضوعية ودقيقة بصورة مطلقة.

فكثيراً ما يصادف في الصين أيضاً أن المرضى لا يمكنهم في الواقع وصف ما بهم للطبيب بوضوحٍ كافٍ.

وبما أن تشخيص النبض يمثِّل الوسيلة الأكثر شمولاً والأكثر منهجية في التشخيص الصيني، نودّ التركيز في هذا السياق على توصيفه، وإهمال السبل التشخيصية الباقية. إذ إن تشخيص النبض يزودنا بكافة الحجج التي نحتاجها لتوضيح ما هو نموذجي ومميّز في الفكر الطبي – النظري لدى الصينيين. فكتابنا ليس كتاباً تعليمياً يتوخّى الإرشادات والتوجيهات العملية. أما السبل التشخيصية المتبقّية فنجدها مفصَّلة في مكانٍ آخر[70].

إن أهمية تشخيص النبض بالنسبة للطب الصيني تعادل أهمية الموجودات المخبرية أو الشعاعية أو تخطيط القلب الكهربائي في الطب الغربي. فالطبيب الغربي أيضاً يضع التشخيص بداية عن طريق التأمّل أو المعاينة، الاستجواب وجسّ الجسم؛ وبعد ذلك تأتي الطرق التشخيصية الأكثر دقّة – بالمعنى الغربي – لتؤكِّد انطباعاته المكتسبة أثناء ذلك.

موضوعية تشخيص النبض الصيني وقابليته للتكرار:

لم يتم التشكيك في طريقة تشخيص النبض الصيني في الزمن الحديث فقط. ففي اليابان، حيث كان الطب الصيني، دون تعديلٍ تقريباً، سائداً دون غيره حتّى القرن السابع عشر، كما هو معروف، وُجِدَت آنذاك (كردّ فعل) مدرسة أنكرت، ببساطة، قابلية تشخيص النبض للتكرار؛ وماذا أحلّت محلّه؟ تشخيص البطن، كما يُدعَى اليوم في الأعمال الغربية، والأصحّ: التشخيص بجسّ صدر وبطن المريض[71]. حتّى في الصين نفسها – وخاصّةً مع بداية السبعينيات والثورة الثقافية –، وإن لم يتم إلغاء تشخيص النبض في الأكاديميات الطبية بشكلٍ كامل، غير أنه جرى تبسيطه بصورة شديدة – عن طريق اختزال مخطّطات النبض الأيقونية الكلاسيكية الـ 28–30 إلى 18 فقط. لن يفاجئنا بعد كل الاعتبارات الموضوعة، أن يُبدي الأطبّاء الحديثون المؤهّلون في الطب الغربي التحليلي – السببي دون غيره تحفّظات حيال هذه الطريقة. إذ إن رفضهم المتوهّم لتشخيص النبض، أو على الأقلّ تحفّظهم تجاهه، يقوم كذلك الأمر على جهلٍ تامّ بخلفيّاته النظرية والمنهجية، وبالطبع تنفيذه العملي أيضاً. وفي حالات استثنائية يتم رفض تشخيص النبض دون أيّ تمحيص،

وذلك بحجّة «الثعلب الذي يرى أن العنب حامض أكثر من اللازم»، وهذا يعني انطلاقاً من الشعور الخاص بالنقص. فالمرء لا يرى في نفسه الموهبة الكامنة لإتقان مثل هذه الطريقة الدقيقة.

لنقل على الفور قولاً واحداً: إن التنفيذ الموثوق، أي التطبيق العملي لتشخيص النبض، لا يتطلّب ولا يشترط أبداً مواهب ما غير عادية، وإنما، ببساطة، مجرّد سلامة الحسّ والملاحظة الدقيقة، المطلوبتين من كل طبيب في كل الأحوال.

صحيح أن تشخيص النبض هو أكثر طرق التشخيص الصيني أهميةً ووثوقاً ودلالةً، بيد أنه في الوقت نفسه الطريقة التي تنشأ في تعلّمها اليوم عوائق هائلة، هي من النوع النفسي أو الفنّي فقط، وذلك ليس من جانب الطلبة الغربيين فقط. والحال هذا، نود الخوض في هذه النقطة بشكلٍ مختصر. وتقترن هذه الإشكالية بمفهوم الموضوعية أو بالأحرى الموضَعَة. والواقع أن خصوم الطب الصيني، لا بل حتّى المهتمّين به أنفسهم، يدّعون أن تشخيص النبض بالتحديد مقولةٌ ذاتية أو شخصية أكثر من أيّة طريقة أخرى. ومثل هذه الإفادة خاطئة ببساطة، لا بل لا معنى لها إلى حدّ ما.

إنها خاطئة لأنها تقوم على استخدامٍ خاطئ تماماً لعبارة الموضوعية أو الموضعة، العبارة التي لم تشع في مكان كما شاعت في الطب الغربي. فالمرء يرى أنه من الضروري:

1. أن تكون الموجودات موضوعية أو بالأحرى قابلة للموضَعَة.

2. أن تتّصف كافة الموجودات المهمّة بهذه الصفة.

والحقيقة أن الأكثرية الساحقة من المقولات في الطب، وطبعاً في الطب الغربي أيضاً، فيما يختصّ بالاضطرابات والموجودات، ليست موضوعية ولا قابلة للموضَعَة: فليس سائر الاضطرابات النفسية، العصابات، المخاوف ...إلخ هي فقط غير الموضوعية، أي غير قابلة للتأكّد منها بصورة مماثلة وتامّة من قبل شخص ثانٍ غير المصاب؛ إذ إن الإحساسات الألمية العديدة وفائقة التمايز كيفيّاً، والتي ترافق الكثير من الاضطرابات الصحّية، المعايشة الذاتية الإجمالية للمرض هي بالتعريف غير موضوعية ولا قابلة للموضَعَة – ومع ذلك فهي ذات أهمية حاسمة. فالطبيب لن يتوانى عن إعطاء دوار مسكن أو القيام بإجراءات أخرى لدى المريض الذي يتلوّى من الألم ويتنفّس اشتداديّاً، حتّى عندما لا يكون هذا الألم قابلاً للإثبات موضوعيّاً أو قابلاً للموضَعَة.

ولكن حتّى تلك الموجودات القابلة للموضَعَة في الواقع، مثل قياس درجة الحرارة، لا يتم تسجيلها عادةً بشكل موضوعي في الممارسة العملية. إذ إن «بشكل موضوعي» يعني: بصورة مستقلّة عن الشخص المدرِك، يمكن التعرّف عليه وكشفه أو تكراره على النحو ذاته. وعندنا تقوم ممرِّضة بعدِّ النبض لدى 20 مريضاً، صباحاً بين الساعة السادسة والسابعة، فإن ذلك لا يعتبر موجوداً موضوعيّاً إلاّ عندما يتوصّل شخص آخر أو عدّة أشخاص آخرين، لديهم المؤهّلات ذاتها، إلى النتائج نفسها في الوقت ذاته. كما أن قراءة موازين الحرارة التي يقوم بها شخص وحيد، تجعل هذه القياسات غير موضوعية، ولأن موازين الحرارة توضع على الفور ثانيةً في وعاءٍ مشترك دون أيّ تعليم إضافي، فإن هذه القياسات غير قابلة للموضَعَة أيضاً.

وعلى العكس، عندما يمكن لشخصين أو ثلاثة أو خمسة أو عشرة أو خمسين شخصاً أن يسجّلوا موجوداً متطابقاً تماماً لدى المريض نفسه، وبصورة مستقلّة كلّيّاً عن بعضهم بعضاً، فإنه يجوز للمرء، لا بل يجب عليه تسمية هذا الموجود موجوداً موضوعيّاً، أو بالأحرى قابلاً للموضَعَة.

ثمّة مشكلة ثانية يُعتبر التغلّب عليها شرطاً لقابلية الموضَعَة. فكما أن القياسات الموضوعية تشترط أدوات معايرة ومستخدماً متخصِّصاً ومدقِّقاً لهذه الأدوات، كذلك فإن قابلية موضعة تشخيص النبض أيضاً تشترط بالطبع، أوّل ما تشترط، التخصّص اليدوي الموضوعي للمشخِّص. والحق أن الأخطاء الجسيمة، أي الأساسية، كثيرة على طريق التأهيل والتدريب للتخصص في التشخيص، وذلك ليس في أوروبا فقط. (وأنا أتكلّم هنا انطلاقاً من خبرتي الخاصّة، وذلك بعدما قمت بتطبيق تشخيص النبض الصيني عمليّاً، وتعليمه لما يقرب من عشرة أعوام متواصلة، سواء في شرق آسيا أم في أوروبا).

إن المهارة المطلوبة في تشخيص النبض يمكن مقارنتها بوضوح بالمهارة الضرورية في قراءة كتابة المكفوفين: فالمطلوب من القارئ ليس فقط تدريب حساسية اللمس في أصابعه وقدرتها على التمييز، وإنما عليه أيضاً أن يمتلك مسبقاً فهماً سمعيّاً وعقلانيّاً للغة المعبَّر عنها بالكتابة. وبتعبيرٍ آخر، لا بد له أن يتعلّم، مع كتابة المكفوفين، وفي الوقت نفسه، لغةً مجهولةً وغير مسموعة إطلاقاً، ويتم فيها فوق ذلك، معالجة مواضيع مضجرة ومزعجة لم يكن قد اشتغل بها أبداً؛ وهكذا فمن الممكن أن يحدث أن الدورة التعليمية التي يتجاوزها أساساً في بضعة أشهر، لا بد له من تمديدها لعشرات السنين، ومع ذلك لا يكشف كل تفاصيل وخفايا الموضوع، ولو بشكل تقريبي.

والحال في تعلّم تشخيص النبض هو تقريباً كالتالي: إن ما توفِّره نظرية الطب الصينية للمتعلِّم اليوم، باعتبارها حصيلة ما يزيد عن 2000 سنة من ترتيب وتكثيف وشرح وتدقيق الخبرة السريرية في صورة تخطيط أيقوني للدارات، لا يمكن منذ البدء إعادة بنائه في مدّة عمرٍ واحد، فكيف إذاً في سياق بضعة أيام أو أسابيع أو شهور من التعلّم. فكما هي الحال في تعلّم أيّة مهارة يدوية ذات خلفية متمايزة، عقلانية أو انفعالية (قراءة كتابة المكفوفين، تعلّم العزف على آلة موسيقية ...إلخ)، لا بد من تمثّل كافة المعطيات والمعلومات النظرية بشكلٍ كامل، قبل المحاولة الأولى للتدريب اليدوي. ويعني هذا في حالة تشخيص النبض أن كلاًّ من التخطيط الأيقوني لأنواع النبض والنظرية التشخيصية التي يقوم عليها، يُعتبر ملكية بديهية لمن يجسّ النبض. فمن البديهي أنه ليس بإمكانه في النبض التفتيش عن شيء ما ووضع حدود لما يجده، تفصله عن غيره، إلاّ بعد أن يعرف عمّاذا يبحث وبماذا يتعلّق الموضوع. (الكثير من دورات النبض التعليمية المجهَّزة بأفضل الشروط، والمتَّبعة مع أصدق النوايا، محكوم عليه بالتفاهة والبطلان، لأن المشاركين فيها يعتقدون أنه يجوز لهم تجاهل هذا الشرط التعليمي – الفنّي البديهي).

لا شك أن إتقان جسّ النبض يتطلّب زمناً طويلاً من الدرس العملي والتمرين، كما هي الحال في كتابة المكفوفين التي لا يمكن للمرء إتقانها بين ليلة وضحاها. ولكنه لا يشترط أيّة قدراتٍ خاصّة أو حتّى غامضة. ففيما عدا الخبرة لا يتطلّب سوى العناية باليد والأصابع التي لا يجوز الإضرار بقدرتها على الجسّ من خلال الأعمال اليدوية الصعبة. فعدّة ساعات من لعب التنس أو التجديف أو من العمل البستاني كافية للإضرار بقدرة اليد على الجسّ لبعض الوقت. وإلاّ فتشخيص النبض موضوعي وقابل للاختيار ذاتيّاً، مثله مثل قدرة المكفوفين على القراءة بالجسّ الأصبعي.

تشخيص النبض لا يعلّله الخجل أو الحياء:

في هذا المجال يبدو لنا ضرورياً قول بضع كلمات حول الخرافة التي ما تزال تتكرّر دوماً بشكل آلي، والقائلة إن تشخيص النبض تم استخدامه في الطب الصيني انطلاقاً من الخجل، أو على الأقلّ مراعاة للحياء النسائي بشكل أساسي.

صحيح أن الصينيين يشعرون باللباس كجزءٍ أساسي من الشخصية، ومن هنا فهم يتحاشون نزعه غير الضروري. كما أن الفنّ الصيني عبر آلاف السنين لا يعرف أيّ تصويرٍ

للجسد العاري علناً. إلاّ أن هذا الموقف المبدئي لم يمنع الأطبّاء الصينيين المدققين، في أيّ وقت، مع معاينة مناطق الجسم التي يشاؤون ومعالجتها، بالوخز بالإبر أو بمخاريط الاحتراق على سبيل المثال، حتّى عند النساء. ونظرة واحدة في الأعمال الكلاسيكية حول الوخز بالإبر توضّح أنه يوجد، ومنذ أقدم الأزمنة، عدد كبير من النقاط المهمّة في نواح من الجسم يحافظ عليها الشخص السليم مستورة. كما وُجد أيضاً مولِّدون رجال. وبتعبير آخر: لا علاقة لتشخيص النبض، والأصحّ لأهميته الحاسمة، بأية مراعاة للخجل أو الحياء على الإطلاق، ومهما كانت مبرّراتها.

النبض وأشكاله:

توجد مواقع مختلفة في الجسم (باللاتينية: situs) يمكن أن يُجَس فيها النبض. ورغم أن الأطبّاء الصينيين يدعّمون تشخيصهم في بعض الأحيان بجسّ نبض آخر أيضاً، إلاّ أن النبض الأكثر أهمية، وإلى حدّ بعيد، يقع عند معصم اليد، وبعبارة أدق أمام وبمحاذاة النتوء الإبري الكعبري، أي تماماً حيث يجسّ الأطبّاء الغربيون النبض عادة. ويُدعى هذا الموضع بـ ostium pollicare، وهو ما يعني «فتحة الإبهام» (بالصينية: cunkou). ولأن هذا النبض يقع على الشريان الكعبري (arteria radialis)، فإنه يُسمّى أيضاً النبض الكعبري (Radialispuls).

يقوم الأطبّاء الصينيون بجسّ النبض الكعبري لدى البالغين عند «فتحة الإبهام» بثلاثة أصابع: السبابة والوسطى والخنصر عادةً. وتبعاً لذلك تسمّى أنواع النبض الثلاثة: النبض الإبهامي (pulsus pollicaris)، النبض المضيقي (pulsus clusalis) والنبض القدمي (pulsus pedalis). ويقع كلّ منها على كل من اليدين. ويلحق بكل نبض كعبري واحدة أو أكثر من الدارات النوعية تماماً، ألاّ وهي دارات التخزين بشكلٍ مباشر ودارات العبور بشكلٍ غير مباشر (انظر الجدول في الشكل رقم 5).

بذلك تنشأ العلاقة بالدوائر الوظيفية من خلال موضع النبض عند فتحة الإبهام. ويستنتج المرء حالتها المرضيّة عن طريق أشكال النبض (بالارتباط مع الأعراض والموجودات التشخيصية الأخرى).

الشكل **رقم (5):**

تصوير تخطيطي لمواضيع النبض الكعبري الثلاثة في اليد اليمنى واليد اليسرى، وفي الوقت نفسه توصيفها تبعاً لأطوار التحوّل.

linke Hand			rechte Hand	
indirekt	direkt	situs	direkt	indirekt
orbis intestini tenuis	orbis cardialis	pollex	orbis pulmonalis	orbis intestini crassi
orbis felleus	orbis hepaticus	clusa	orbis lienalis	orbis stomachi
orbis vesicalis	orbis renalis	pes	orbis renalis	orbis tricalorii vesicalis

Die dem jeweiligen situs entsprechenden Pulse heißen:
pulsus pollicaris
pulsus clusalis
pulsus pedalis

右
寸關尺
金土相火

左
尺關寸
水木火

صفات أشكال النبض:

يتّصف كل نبض بطوله وعرضه وعمقه؛ حيث يتم التمييز عموماً بين ثلاثة أعماق: على السطح، في الوسط أو على العظم ولا يمكن جسّه إلا بضغط الأصبع الشديد نسبيّاً. إلى هذه الكيفيّات الثلاث الأكثر أهمية، يمكن إضافة سماتٍ أخرى، على سبيل المثال: الطراوة، القساوة، الخشونة، الخطّية، التواتر نسبةً إلى تواتر التنفّس وغيرها الكثير.

وكي نوفِّر انطباعاً حول التمايز الفائق لتشخيص النبض الصيني وتصنيفه، نودّ تعداد أشكال النبض مع تأويلها المرضي بصورة موجزة:

1. **النبض السطحي** (superficialis pulsus):

يدقّ هذا النبض عند السطح، ولذلك يمكن الشعور به بمجرّد الضغط الخفيف بالأصبع. وفي حال الضغط الأشدّ يغدو النبض أضعف. ولكنه يعود ليصبح ممتلئاً بمجرّد رفع الضغط.

عندما يجسّ الطبيب نبضاً سطحيّاً، يعتبر ذلك عرض – سطح (species). وإذا كان النبض قويّاً، فإنه يشير إلى امتلاء الطاقة على السطح (repletio spe–ciei)؛ أما إذا كان النبض ضعيفاً، فإنه يدلّ على وجود استنفاد للطاقة على السطح (inanitas speciei).

2. النبض العميق (pulsus mersus):

يتحرّك النبض «تحت اللحم»، ولا يمكن التقاطه إلاّ بالضغط الشديد. ويستدلّ الطبيب من وجود هذا النبض على مرض – عمق (أو مرض الجانب الداخلي – intima). ومن جديد تدلّ قوّة النبض إما على امتلاء داخلي (repletio intimae) أو على استنفاد داخلي (inanitas intimae). وتُعتبر الأمراض التي تغلغلت مسبقاً إلى العمق أكثر جدّية من تلك الواقعة على السطح.

3. النبض البطيء (pulsus tardus):

وذلك عندما يُعَدّ أقلّ من أربع نبضات في كل حركة تنفّسية([72] لدى البالغين ويُعتَبر هذا النبض دوماً دليلاً على «البرودة» (algor).

4. النبض السريع (pulsus celer):

وذلك عندما يُعَدّ أكثر من خمس نبضات في كل حركة تنفّسية، وهو يعني دوماً عرض – «حرارة» (calor). وإذا كان النبض إضافة إلى ذلك قويّاً، يكون هناك امتلاء في الوقت نفسه، أما إذا كان ضعيفاً، فإنه يشير إلى استنفاد.

5. النبض المنهك أو المستنفد (pulsus inanis):

وهو نبض واهن ضعيف لا يُشعر به إطلاقاً سوى بالجسّ الحذر والمتأنّي. هو يختفي بمجرّد تخفيف ضغط الأصبع أو زيادة شدّته. وهو يعني استنفاداً في الاستقامة. ولما كان دعم الاستقامة يتمتّع بالأولوية في الطب الصيني على معالجة الانحرافات، فإن جسّ هذا النبض المستنفد له أهمية خاصّة تماماً.

6. النبض الممتلئ (pulsus repletus):

يكفي ضغط الإصبع الخفيف للشعور بالنبض «الممتلئ»، ولا يمكن «تبديده» بضغط الأصبع الشديد. ويظهر هذا النبض دوماً في حال الامتلاء بالانحرافات.

7. النبض الزلق (pulsus lubricus):

يأتي هذا النبض ويذهب خفيفاً ومنزلقاً، ويشعر به تحت الأصبع الجاسّة كشيء مدوَّر زلق. وهو يشير إلى «حرارة وامتلاء طاقة» في الوقت نفسه (calor repletionis). إنه نبض – Yang ويجعل الـ xue تثور. ويدلّ عند النساء على الحمل، في حال عدم وجود أعراض أخرى.

8. النبض الخشن (pulsus asper):

يأتي هذا النبض ويذهب خلسةً، خشناً، وكأنه مُفرمل – كما لو أن المرء يكشط الخيزران بسكّين خفيفة. يدلّ النبض الخشن على ضعف الطاقات البنائية الفردية – النوعية.

9. النبض الطويل (pulsus longus):

وهو نبض «متساوٍ في أوله وآخره»، وهذا يعني أطول من عرض الأصبع، وبالتالي فهو يتجاوز موضعه (situs). وهو يشير دوماً إلى فيضٍ في الطاقات، مما يدلّ، في الواقع، على توازنٍ طاقوي سليم.

10. النبض القصير (pulsus brevis):

وهو، على عكس النبض الطويل، نبض «أوّله وآخره قصير»، وهذا يعني أنه أقصر من الموضع (situs). وعندما يكون النبض القصير قويّاً في الوقت ذاته، يشير ذلك إلى تجمّع أو

احتقان في qi، الطاقة الفردية – النوعية الفاعلة. أما عندما يكون النبض القصير ضعيفاً، فيكون qi متضرّراً.

11. النبض الغامر (pulsus exundans):

يتحرّك هذا النبض مثل موجةٍ طاغية. فهو يأتي قويّاً ليهدأ ويضعف تدريجيّاً. ويشخِّص الطبيب مع مثل هذا الموجود حرارة شديدة (calor vigens).

11– آ. النبض الكبير (magnus pulsus):

ثمّة شبه شديد بين النبض الكبير والنبض الغامر، ولا يتم تفريقه عنه دائماً حتّى في مراجع النبض الصينية. ولما كان يشير دوماً إلى انحراف متقدِّم ومتكثِّف بزخم، فهو ليس عديم الأهمية تشخيصيّاً. النبض الكبير أطول وأعرض من النبض المألوف، ولكنه لا يثور. وهو عادةً نبض قوي، وبالتالي دليلاً على الامتلاء؛ أما في حالة ضعفه، فيعتبر علامة على الاستنفاد.

12. النبض المتضائل (pulsus evanescens):

كما يدل الاسم، هو نبض ضعيف للغاية، ولذلك ليس من السهل الشعور به. ولا تدركه الأصبع الجاسّة إلا كطيفٍ غير واضح المعالم، وقد يختفي كلّيّاً بصورة عابرة. ويدل النبض المتضائل على انهيار الطاقة الفاعلة (Yang)، أي أنه عرض استنفاد مفرط.

13. النبض المتوتّر (pulsus intentus):

ويبدو للطبيب متوتّراً مهتزّاً مثل وترٍ مشدود. وهو عرض – برودة (algor) يشير إلى توقّف الهضم، ويترافق غالباً مع آلام. وعندما ترجح كفة Yin في الوقت نفسه، فإنه يشير إلى انحرافٍ بنائي.

14. النبض البدين (pulsus languidus):

وهو علامة على «الرطوبة» (humor). وتطابق هذه الأخيرة، بوصفها كيفية مناخية، طور التحوّل – الأرض والدارة الطحالية. ولذلك يُعاق تكشّف الطاقة الفاعلة عندما تظهر الرطوبة بوفرة.

النبض البدين ذو تواتر طبيعي مقداره أربع نبضات في كل حركة تنفّسية لدى البالغين. إلاّ أنه متثاقل في مجيئه وذهابه.

15. النبض السلكي (pulsus chordalis):

وهو نبض «حاد، مشدود مثل وتر العود»، ولذلك يكون رفيعاً للغاية وطويلاً ومتيناً ومتماسكاً بصورة ملفتة. وهو عرض – ريح (ventus)، وغالباً ما يكون وصفيّاً لإصابة الدارة الكبدية، وكثيراً ما يترافق بآلام.

16. نبض ورقة البصل (pulsus cepacaulicus):

وهو نبض سطحي عريض وطويل، ولكنه ينكسر في وسطه تحت ضغط الأصبع الجاسّة. حيث يختفي بشكل عابر، ولا يصبح مجسوساً ثانيةً إلا بالضغط المشدَّد. وهو نبض مجوَّف من الداخل مثل الغصين الأخضر لبصلة. ويُعتبر علامة على ضعف الطاقة البنائية الذي قد يظهر نتيجة لخسارة الدم أو جراء تضرّر أشكال الطاقة البنائية الأخرى، مثل طاقة البناء، الطاقة البنائية الكامنة أو عصارات الجسم.

17. النبض الطبلي (pulsus tympanicus):

وهو نبض سطحي يظهر للطبيب مشدوداً بعنف ومجوَّفاً من الداخل كجلد الطبل المشدود على سبيل المثال. وهو علامة على فقدان شديد في الـxue، الطاقة البنائية، ويشير إلى فقدان مفرط في الدم، كما هي الحال مثلاً في النزوف الشديدة بعد الولادة أو الإسقاط.

18. النبض المتشبِّث أو الملتصق (pulsus fixus):

وهو نبض يقع في العمق، وكأنه ملتصق أو متشبِّث بالعظم بثبات، طويل وممتلئ. وهو عرض برودة بنائية يقود إلى الامتلاء (repletio). ويعاني المريض من حصاراتٍ مؤلمة في البطن.

19. النبض الناعم (pulsus lenis):

نبض صغير ومرن؛ يظهر على السطح ولا قوّة له. ويُعتبر النبض الناعم عرض استنفاد.

19- آ. **النبض الطري** (mollis pulsus):

ويشبه كثيراً النبض الناعم؛ سوى أنه أعرض وأطول. وهو أيضاً علامة على الاستنفاد.

20. النبض الهزيل (pulsus invalidus):

وهو نبض يقع في العمق، أي أنه دائماً نبض عميق (pulsus mersus)؛ حيث يكون مرناً ورفيعاً. وهو يدلّ على استنفاد الطاقة الفاعلة والبنائية في آنٍ معاً، ويشعر المريض بنفسه ضعيفاً.

21. النبض المتميّع (pulsus diffundens):

وهو نبض يبدو للطبيب ضعيفاً و«يتميَّع» تحت الإصبع الجاسّة. ويختفي كلّيّاً بالضغط الشديد. وهو يشير إلى فقدان الطاقة البنيوية المعطاة منذ الولادة. وعندما لا يكتسب أيّة حياطات، حتّى بالجسّ الحذر والمتأنّي، فإنه يشير عندئذٍ إلى أن طاقة كافة الدارات آخذة في النضوب.

22. النبض الرقيق أو الغضّ (pulsus minutus):

ويظهر دقيقاً ورفيعاً كخيط الحرير. وبغض النظر عن المستوى الذي يُشعَر فيه، فإنه يجسّ بوضوحٍ وجلاء. وهو يدل على استنفاد الطاقات الفاعلة والبنائية، والذي يُعتَبر نتيجة الإنهاك عن طريق فرط الإجهاد الذي قد يؤدّي إلى تضرّر الدارة الكلوية. وكثيراً ما يكون نتيجة للتفكّر أو الهمّ المفرطين. وفي بعض الأحيان يظهر النبض الرقيق جراء الرطوبة أيضاً التي تؤثِر على دوران الطاقة.

22- آ. **النبض الصغير** (pravus pulsus):

ويمكن جسّه في جميع المستويات، ويبدو رفيعاً وقصيراً. وهو يدلّ على الاستنفاد.

23. النبض المتواري (pulsus subreptus):

وهو نبض متوار دوماً في العمق ولا يمكن جسّه إلا بالضغط الأشدّ. حيث يضيع أثناء الجسّ مراراً وتكراراً. ويشير إلى أن الطاقات محاصرة بانحراف ما. إلا أن ذلك مشروط على الدوام بامتلاء، ومترافق مع آلامٍ شديدة جدّاً.

24. النبض الحركي أو النشيط (pulsus mobilis):

وهو دائماً نبض زلق أيضاً (pulsus lubricus) ونبض سريع (pulsus celer)، وقويّ إضافة إلى ذلك. ويُشعَر به مثل قرن الفاصولياء الذي يتحرّك على ساقه باستمرار. وهو يُظهِر أن الطاقات الفاعلة والبنائية غير متناغمة.

25. النبض المتلاحق (pulsus agitatus):

وكأن بعضها يطارد بعضاً، ويتوقّف بفواصل غير منتظمة. وهو يعني «امتلاءً حرارياً» (repletio caloris)، أي فرط في «الحرارة». ويدلّ على احتقانات شديدة في الطاقة تترافق مع تورّمات مؤلمة في بعض الأحيان.

26. **النبض المعلَّق** (haesitans pulsus):

وهو نبض متثاقل، يدقّ على مهل، ويتوقّف، إضافة إلى ذلك، بفواصل غير منتظمة. ويظهر عندما تتجمّع الطاقات نتيجة Yin قويّ (yin vigens) مؤدِّية إلى حصارات، بينها حصارات للمخاط وانسدادات أمعاء أيضاً.

27. النبض المتقطّع (pulsus intermittens):

يتوقّف هذا النبض لفترات طويلة بصورة ملفتة وبفواصل منتظمة. وذلك علامة على أن طاقة الدارة الموافقة منهارة ومندثرة. كما أنه علامة على ريح (ventus). يظهر النبض المتقطّع في أذيات الضرب واللكم والاصطدام أو في خلجات النفس والانفعالات العنيفة.

28. النبض المتسرّع (pulsus concitatus):

وهو نبض هائج للغاية مع سبع أو ثمان نبضات في كل حركة تنفّسية واحدة لدى البالغين. وهو يدل على أن Yin آخذ في النضوب، وأن Yang، بالمقابل، في منتهى الاستعارة والاستثارة. وذلك يهدِّد بانهيار مباشر لـ qi primum، أي الطاقة المكتسبة من الولادة.

تبسيط أشكال النبض:

يتطلّب إتقان التخطيط الأيقوني للنبض بكامله دراسةً مركّزة ومُتعبة عمليّاً. والحال هذه فقد تعلّق الموضوع في السياسة الصحّية لجمهورية الصين الشعبية، في الماضي القريب، بتأمين الخدمة الطبية أفقيّاً أولاً، الخدمة التي تغطّي المساحات الشاسعة والمنتشرة في كامل البلاد. والمثال الأكثر شهرة على ذلك موضوع ما يُسمّى بـ «الطبيب الحافي»، الموضوع المعروف والمناقش كثيراً. والأطبّاء الحفاة عبارة عن ممرّضين يقومون بتأمين خدمة طبية بسيطة، إلى جانب مهنتهم الفعلية – كعمال زراعيين عادةً–. من هذا الوضع السياسي – الصحّي المحلّي يتّضح لماذا انتقل المرء في مدارس الطب التقليدي، وقبل كل شيء منذ السبعينيات، إلى تعليم تخطيط أيقوني «مبسَّط» للنبض، لا يشمل سوى ثمانية أشكال نبضية. ولا يفرق هذا التخطيط الأيقوني للنبض سوى بين النبض السطحي والعميق، البطيء والسريع، المستنفد والممتلئ، الخشن والزلق. وفي وسعنا فهم هذا التبسيط على ضوء وجهات نظر سياسية – صحّية: فالخدمة الطبية الأساسية لجماهير السكّان لها الأولوية على التدريب المستفيض والمتعمِّق والطويل للأطبّاء.

ولكن من الواضح تماماً أن ذلك يقترن، في الوقت نفسه، مع تخلٍّ عن كامل طيف الإمكانات العلمية، مع تمييعٍ للطب التركيبي – الاستقرائي الذي كان لا يزال يتطلّع، حتّى في الصين، إلى المزيد من الدقّة والتمايز.

على أنه لم يتم فقط تشييد مجمل الخدمة الطبية في جمهورية الصين الشعبية على هذه المقدّمات السياسية – الصحّية. فتدريب وتخريج الأطبّاء هو أيضاً موجّه وفقاً لذلك، والكتب التعليمية مؤلَّفة طبقاً لذلك. ومن هنا لا يجد الأطبّاء الغربيون الذين يودون دراسة الطب الصيني على أصوله مباشرةً، سوى الاطّلاع على هذه المنظومة المبسّطة بشدّة لأسباب براغماتية، والتي تتخلّلها، علاوة على ذلك، عناصر من الطب الغربي. ولكن الشروط في البلدان الصناعية الغربية مختلفة كلّيّاً. فهنا لا وجود لحاجة إلى «طب القاعدة». وليس في وسع أيّ طب آخر أن يقوم على الدوام إلى جانب الطب الغربي، إلاّ عندما يكشف عن إمكاناته بكاملها. ويتمكّن بالتالي من سدّ تلك الثغرات التي تقع فيما وراء حدود الطب المحلّي. ولهذا يحتاج الأمر إلى التوفّر الكامل لمنظومة الطب الصيني التقليدية.

كما أن المعالجين الغربيين بالوخز بالإبر يستخدمون تخطيطاً أيقونياً مبسَّطاً، أو حتّى أكثر تبسيطاً. فأحد رواد الوخز بالإبر في البلدان المتكلّمة بالألمانية، وهو غيرهارد باخمان، يذكر ستة

أنواع من النبض فقط[73]،بينما يذكر مؤلِّفون آخرون عدداً أقلّ. ومن الممكن تبرير ذلك من واقع أن المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي، حتّى في الطب الصيني التقليدي، غير مستطبَّة، في الغالب، سوى في أشكال النبض السطحية (pulsus superficiales) وأشكال النبض العميقة (mersi) والممتلئة (repleti)، وهي مستطبَّة بشكل مشروط وغير مباشر في هذه الأخيرة التي تشير إلى أمراض الداخل (intima، أي الأمراض التي تغلغلت في العمق). فبحسب مفهوم نظرية الطب الصينية لا يمكن للمرء عن طريق الإبر الموخوزة في الجلد إمداد الجسم بأيّة طاقة جديدة. والواقع أن الوخز بالإبر غير مستطبّ إلاّ عندما ينبغي تحويل أو تصريف الطاقة. بالوخز بالإبر يمكن للمرءِ إزالة احتقانات الطاقة وتخفيفها أو «تسليك» طرق التوصيل من جديد. أخيراً يمكن للمرءِ بالوخز بالإبر تحقيق التناغم والانسجام في التوازن الطاقوي المضطرب. ولكن عندما يُسفِر تشخيص النبض عن موجودات استنفاد (inanitas) فقط دون غيرها، يكاد يكون الوخز بالإبر غير ذي نفع.

ولكننا نودّ أن نعارض هذه الممارسة بأن من يُنشد استغلال كافة إمكانات المعالجة، ولو كانت المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي فقط، يُفترض به التفريق مسبقاً بين عدد أكبر من مخطّطات النبض الأيقونية، ولنقل 20.

وهذا ما يقودنا إلى السؤال المبدئي عمّا إذا كان تبسيط التخطيط الأيقوني الكلاسيكي للنبض في الطب الصيني، كما وصفناه هنا، له ما يسوّغه أو حتّى مستحسناً. والجواب هو الرفض القاطع. بصرف النظر عن الوضع السياسي – الصحّي في جمهورية الصين الشعبية وفي بعض البلدان النامية التي تبدي اهتماماً بالطب الصيني، فإن الطب الصيني التقليدي له أهميته كمنظومة علمية مكمِّلة ومنهج مكمِّل ومتمّم، خصوصاً في البلدان ذات الطب الغربي التحليلي – السببي فائق التطوّر. هنا، في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، ليس ثمّة حاجة – كما يُفترض أن يكون قد بات واضحاً كل الوضوح من الفصل التمهيدي – إلى أيّ طب قاعدي، إلى أيّ طب بدائي، أيّ طب دخيل. ويشمل العجز العلاجي المتنامي الموجود هنا الاضطرابات الوظيفية والمزمنة والبنيوية والنفسية، والتي ليس في وسع الأطبّاء ذوي التخصص الرفيع فعلاً مواجهتها سوى بإجراءات غير نوعية أو حتّى ملطِّفة، وهذا يعني أنها تهدف إلى التخفيف. وتتطلّب معالجة هذه الاضطرابات المزمنة والبنيوية بالتحديد، وكثير من الاضطرابات النفسية أيضاً، تشخيصاً نوعيّاً جدّاً، متمايزاً

ودقيقاً جدّاً، وليس تشخيصاً بدائيّاً بأيّ حال. إن ما يتيحه الطب الصيني، بعد تجربة سريرية عمرها 2000 سنة، من تفريق وتمييز، لا يُعتبر مبالغة في التدقيق، بل لعلّه وضع مثالي، لعلّه أيضاً مجرّد الحدّ الأدنى لما هو ضروري من أجل التغلّب الفعّال الهادف والعقلاني على هذه الصور المرضيّة المعقّدة في بعض منها.

مشكلة التسجيل الجهازي لأنواع النبض:

وهنا سيقول المرء. حسن، نريد توظيف التشخيص الصيني، وقبل كل شيء تشخيص النبض، في معالجة زمر الأمراض المذكورة في الغرب أيضاً. ولكن ألا يُفترض في هذه الحالة أن نحاول تثبيت موجودات النبض بواسطة أدوات جهازية مناسبة أو «موْضَعَتها» – كما يعبّر المرء عادة –؟ وذلك عبارة عن تساؤلات مبدئية. وقد قمنا بتقديم إفادات مفصلة حول قابلية تشخيص النبض للموضعة في فقرة سابقة. علاوةً على ذلك فإن لمشكلة قابلية أشكال النبض للتسجيل الجهازي جانبين، أولاً: الإمكانية التقنية، وثانياً: الفائدة السريرية.

لا شك أن ثمّة محاولات ناجحة جرت منذ بضعة عقود تثبت الإمكانية التقنية لرسم مخطّطات أيقونية فائقة التمايز للنبض، بواسطة أجهزة تسجيل آلية – إلكترونية. وأبسط هذه الأجهزة أقلّ تعقيداً، والأعقد منها يكاد يكون بنفس تعقيد تلك الأجهزة التي تُصنَّع اليوم على نطاق واسع بهدف القراءة الإلكترونية للنصوص المطبوعة مثلاً. ومختصر القول إن المشكلة قابلة للحلّ تقنيّاً.

والمسألة المختلفة كلّيّاً هي الفائدة السريرية لمثل هذه المنشآت. لقد حاولنا حتّى الآن توضيح أن أحد أهم ميّزات طب الصين العلمي، وبالتالي التشخيص فيه أيضاً، هي شفافيته ووضوحه وقابلية الإحاطة به. وتنجم قابلية الإحاطة به في جزءٍ منها على الأقلّ عن إمكانية وضع أكثر التشخيصات تعقيداً مع كل التفاصيل ذات الصلة وبأكبر دقّة في أقلّ من ساعتين، وفي العادة في أقلّ من ساعة واحدة. وهذا يعني أن المشخِّص المتمرّس والدقيق ليس فقط معصوماً عن خطر إغفال شيء مهم، وإنما ينجلي له أيضاً، عندما يستعرض كافة الحقائق أمام عينيه في مثل هذا الوقت القصير، كثير جدّاً من المعطيات الثانوية المهمّة بسرعة ووضوح. عندما يقصد طالب متوسّط الذكاء والموهبة تعلّم الطب الصيني بتعمّق، عليه أن يخصص لذلك فترة من الزمن بحدود أربع سنوات. وتكون حصّة التدريب على المهارة اليدوية لتشخيص نبض موثوق من ثلاثة إلى ستة

أشهر على أبعد تقدير، في حال النظر إليه منعزلاً. ولنكرّر مرّة أن مثل هذا التشخيص للنبض ذو دلالة قويّة لأنه يستند إلى خبرات سريرية محسَّنة ومصحَّحة بشكلٍ متواصل منذ ألفي سنة.

ولكن ما هو كسبنا من جهاز تخطيط أيقوني إلكتروني للنبض: بداية لا بد من إعداد تخطيط أيقوني جديد كلّيّاً، ليس من قبل الشركة المنتجة فقط، بل من قبل المستخدمين أيضاً (فنتيجة تخطيط القلب الكهربائي أو تخطيط الدماغ الكهربائي ليست واضحة من تلقاء نفسها؛ إذ إن تأويلها يحتاج إلى تدريب دقيق ومطول، ومع ذلك فهو يُعتبر عموماً قليل الدلالة جدّاً بالمقارنة مع مخطّطات النبض الأيقونية الصينية التي تقدِّم معلومات في منتهى الدقّة حول سائر المجالات الوظيفية). إذن لا بد للمرءِ أن يضع في اعتبارهِ فترةً أطول من التدريب على تأويل مخططات النبض الأيقونية الإلكترونية، دون أن يكون ثابتاً في الوقت الحالي مدى الخطأ في «القراءات» عند مواضع الجسّ. وبتعبير آخر: إن استخدام مثل هذه الآلات، حتّى لو افترضنا مسبقاً أنها مثالية من الناحية التقنية، لا يمكنه أن يضمن سوى دقّة لن تتزايد على مرّ العقود، وإنما تتناقص بشدّة. أضف إلى ذلك عاملي الوقت والتكاليف.

من المؤكّد أن تشخيص النبض قد يتطلّب، في حالات استثنائية نادرة، نصف ساعة أو أكثر، غير أن المدّة الوسطية عشر دقائق. كما أنه وسيلة جاهزة للاستخدام – بالنسبة للمشخِّص الخبير – في كل وقت من الليل والنهار، وفي أيّ مكان نشاء، وهي قادرة على الحكم ليس فقط على عمق وعرض وطول نبضٍ ما في مواضع (situs) الجسّ المختلفة، وإنما أيضاً على تشكّل هالة، كما في حالة القمر مثلاً، أو غيابها، على دوران الشريان والكثير غيرها، ناهيك عن الفوارق التشريحية الدقيقة في مواضع (situs) جسّ النبض عند معصم اليد، والتي لا تتطابق كلّيّاً عند شخصين. فهنالك الفوارق المشروطة جنسيّاً فيما يختصّ بمرونة النسيج الشحمي تحت الجلد، الأبعاد الفردية – النوعية – قد يكون لدى الرجال مواضع جسّ قصيرة نسبيّاً، ولدى النساء مواضع جسّ طويلة في بعض الأحيان–، ثم هنالك تبدّلات في أهمية وتباين مواضع النبض بين الطفولة والشباب والكهولة، التراكبات طويلة المدى بناءً على شروط بيئية، والتراكبات متوسّطة المدى بناء على شروط مناخية، وأخيراً هنالك المؤثِّرات العابرة لتناول الطعام ومواد الكيف الحاصل قبل ذلك بفترة وجيزة.

يُعتبر الطبيب، كمشخِّص، قادراً في أقصر وقت على الفصل في مخطّط أيقوني لمريضٍ ما، بين المظاهر الجوهرية والمظاهر الثانوية العابرة، وذلك بأعلى درجات الثقة واليقين، الأمر الذي لا ننتظره حتّى الآن من الآلات المصمَّمة بكل ذكاء ومهارة. وإذا افترضنا القيام بهذا العمل التفريقي فيما بعد بناءً على منحنيات بيانية مطبوعة، فإن الوقت والجهد سيصبحان كبيرين بما لا يُقاس، وفي الوقت نفسه تكون قوّة الحجّة والإلزامية الصارمة في النتائج غير مؤكّدتين.

والخلاصة: لا يكمن الإنجاز الرائع للطب الصيني التقليدي في جسّ النبض، وإنما في تأويل الموجود النبضي، التأويل فائق التمايز والدقيق والقابل للتكرار في الوقت نفسه. إن مخططاً أيقونيّاً للنبض، مهما كان مصمَّماً برويّة وذكاء، لا يمكنه سوى القيام بجسّ النبض فقط، وليس التأويل.

أنواع النبض الطبيعي:

يُعتبر «النبض الطبيعي» بالنسبة لتشخيص النبض الصيني افتراضاً نظريّاً بحتاً، تركيبة مثالية لا تُصادف في الممارسة أبداً. فكل فرد لديه نبض فردي يسمح بالتعرّف لدى معظم البشر على الخواص المشروطة بنيويّاً، المشروطة بالعمر، المشروطة بالجنس، المشروطة فصليّاً، المشروطة بأسلوب الحياة، على الاستعدادات الوظيفية، أي الميول. وتتمتّع مثل هذه الأشكال النبضية المكشوفة لدى الفرد السليم ذاتيّاً، بدلالة كبيرة من حيث أنها تسمح بالحكم على، أو بالتنبّؤ بالمنبّهات أو العوامل التي تنحرف تحت تأثيرها وظائف الشخص المعني مرضيّاً بسهولة، وما هي العوامل الأخرى التي يبدو أن الوظائف تُبدي في ظلّها أكبر مقاومة.

البنية:

لنتأمّل الآن بعض هذه المؤثِرات، وبدايةً البنية. تبدي الأنماط البدنية السليمة (أي الأنماط ممتلئة العود، السمينة) ميلاً واضحاً إلى أشكال النبض العميقة. بينما تُبدي الأنماط النحيلة (asthenic) ميلاً واضحاً إلى أشكال النبض السطحية. وإذا كان لفرد ما مظهر ديناميّ نشيط، فقد يصادف أن نجد لديه نبضاً غامراً (exundant) أو كبيراً (magnus) في مواضع النبض الستة، وفيما عدا ذلك لا نثبت لديه، حتّى بالفحص الأكثر دقّة، أيّة علامات مرضيّة أخرى. وبالفعل لا بد من تأويل هذه المخطّطات الأيقونية على أنها نبض طبيعي عادةً. وينطبق الشيء ذاته على النبض

البدين (pulsus languidus) أو الرقيق أو الغضّ (pulsus minutus)؛ فالنبض الأوّل يظهر في بعض الأحيان كـ «نبضٍ طبيعيّ» لدى الأشخاص دمويّي المزاج، والأخير لدى بلغميّي المزاج.

المناخ والفصل:

تبيّن الخبرة، التي يمكن لكل مشخِّص متمرّس تكرارها والتأكّد منها، أن أشكال النبض لدى سائر الأفراد في مكان أو منطقة ما، تبدي طابعاً عامّاً، ميلاً أساسياً. وهذا ما يمكن ملاحظته بصورة رائعة في أوروبا الوسطى مع تبدّل الفصول.

في الربيع تُبدي أشكال النبض ميلاً إلى النبض السلكي (chordalis)، أي أنها تميل إلى التطاول، التوتّر والضيق – كتعبيرٍ عن احتقان طاقات مُعدَّة ومجهَّزة.

في الصيف تميل أشكال النبض إلى الفيض (النبض الغامر – exundant)، أي أنها تصل إلى السطح وتنتشر وتتطاول.

في الخريف يتجلّى الميل السطحي في أشكال النبض في أوضح صورة (النبض السطحي – superficialis).

أما في الشتاء فتميل أشكال النبض إلى الانخفاض والغؤور (النبض العميق – mersus).

ويمكن إثبات هذه التوصيفات اليوم، في عصر الطائرة النفّاثة، بشكل أكثر روعةً، حيث بالإمكان مقارنة السكّان في المناطق المناخية المختلفة كلّيّاً مع بعضهم بعضاً: فسكّان المناطق المتجمّدة لديهم، في المتوسّط الإحصائي، أشكال نبض أكثر عمقاً، بينما سكّان المناطق الحارّة لديهم أشكال نبض أكثر سطحيةً وأكثر عرضاً في الوقت نفسه. وأكثر من ذلك: في وسع المرء، حسب هذه المعايير، أن يحكم ببساطة على كيفية تكيّف مسافر ما مع المناخ المتواجد فيه حالياً. ما إذا كان يُبدي نوعاً نبضيّاً مفرطاً أو مُضعَفاً وظيفيّاً، أو – كحالة مرضيّة – نوعاً نبضيّاً متناقضاً.

أسلوب الحياة والجنس:

إن الفرد الذي يمارس، جراء مهنته أو ميوله الأخرى، عملاً في وضعية الجلوس قليل الحركة في الغالب، يبدي في موضعي الإبهام البعيدين، أي الأقرب إلى اليد، ميلاً إلى ضعف

النبض، دون أن يدلّ ذلك على مرض ما. وعلى العكس يؤدّي العمل الجسدي أو بالأحرى النشاط الرياضي المستمرّ إلى أشكال من النبض الاعتيادية، المتسرّعة أوالمكبّرة قليلاً (pulsus celeri sive pulsus magni).

كذلك تنعكس الجنسية في النبض. فالتعفّف الجنسي المديد يجعل النبضين القريبين، وهما النبضين القدميين الأبعد عن اليد، يتّجهان إلى الضعف (pulsus invalidi). (وقد استخدم الأطبّاء الصينيون لمثل هذه الحالة تسمية «نبض الراهب الحقيقي»، كي يتمكّن المرءِ من التفريق بين سكّان الأديرة المتعففين فعلاً ونزلاء الأديرة الذين يعيشون في الحقيقة على نحوٍ دنيوي). وعلى العكس تدفع الجنسية المفرطة بما يُسمّى بالنبضين القدميين (pulsus pedales) إلى السطح (pulsus superficiales)، أو أنهما يتغيّران – على تخوم مرضٍ ما – باتّجاه النبض الرقيق أو الغضّ (pulsus minutus) أو النبض المنهَك أو المستنفد (pulsus inanis).

تناول الطعام وسموم الكيف:

من البديهي أن كل تناول طعام يؤثِر على النبض. لذلك ينبغي على المرءِ في الحالة المثالية، تبعاً لنصائح الصينيين في الحالات غير الواضحة، تسجيل النبض صباحاً بعد الاستيقاظ مباشرةً وقبل الإفطار. ويتصرّف المرء على هذا النحو اليوم أيضاً، وذلك في الحالات الإشكالية الصعبة جدّاً، والتي يكون من الضروري فيها وضع تشخيص دقيق وأكيد بصورة مطلقة. على أنه بإمكان المشخِّص المرن عادةً أن يقدّر الانحرافات النبضية المشروطة بتناول الطعام أو بتناول الطعام المتأخّر. وفي الحقيقة فإن نبضيّ الموضعين المتوسّطين، أي ما يُسمّى بالنبضين المضيقيين (pulsus clusales)، يميلان في الصيام القصير إلى الضعف (النبض الهزيل – invalidus)، وفي حال الصيام المستمرّ أو الجوع يميلان إلى الإنهاك أو السطحية (النبض المنهَك أو المستنفَد – inanis، النبض السطحي – superficiales).

ويغدو النبضان ذاتهما بعد تناول الطعام فيّاضين أو بدينين قليلاً أو كثيراً.

أما تناول الكحول أو القهوة فيتظاهر بصفة عامّة، ولفترة قصيرة، في نبضيّ الإبهام، أي في موضعيّ النبض البعيدين، حيث يميلان إلى التسارع أو الكبر. أما تناول مثل هذه السموم المعتاد

فيؤدّي إلى انزياحات مرضيّة في النبضين المتوسّطين أيضاً.

تأثير الأدوية:

في هذا الزمن الذي يتلقّى فيه عملياً كل مريض يراجع العيادة، أو يقيم في المشفى، الأدوية، يغدو السؤال التالي ذا أهمية فائقة بالنسبة للطبيب المعالج: هل إن إعطاء الأدوية الحاصل آ – يفيد المريض بشكل واضح، أم أنه ب – على العكس يسيء إليه، أو أنه جـ – غير محتمل ويزيد من إجهاده بصورة غير مباشرة؟ والسؤال المشابه والمهم بالنسبة لمستخدم الطب الصيني هو ما إذا كان يجوز له أو يجب عليه الإبقاء على الأدوية الموصوفة من قبل زميل آخر، أم على العكس يتوجّب عليه إيقافها، بهدف تحقيق نجاح المعالجة. وتتّضح علامات تحسّن أو تفاقم المرض من التخطيط الأيقوني مباشرةً: فإذا كان اضطراب ما يتّصف قبل إعطاء الأدوية بنبضٍ ضيّق ونحيل، ثم غدا بعد إعطاء الأدوية أكثر ضيقاً ونحولاً، فلا شك أن هذا يعني تفاقماً، إن لم يكن تعريض المريض للخطر. وعلى العكس، إذا انتشر النبض واسترخى وخفّ توتّره في ظلّ تناول الأدوية، فذلك علامة من علامات التحسّن الكثيرة التي قد تكون مطلوبة.

إلاّ أن المشكلة المختلفة كلّيّاً هي إعطاء الأدوية الباطل والزائد عن اللزوم في الأساس، والذي لا يُسفِر عن أي انزياح في الوظيفة باتّجاه ما، وإنما يقوم بتقييد الطاقات فقط، بهدف تعديل التأثيرات الفوضوية المتنوّعة الناجمة عن دواء معين. وتقود مثل هذه المداواة إلى ما يُسمّى بالنبض الحركي (pulsus mobilis)، حيث يكون النبض قصيراً، سريعاً وزلقاً ويتّجه نحو السطح. ويتم تأويله في سياق الطب الصيني على أنه تنافر بين Yin وYang، أي بين الكبح البنائي والدوافع الفاعلة، الأمر الذي ينطبق على واقع الحال بدقّة. إضافة إلى ظهوره في المداواة الخاطئة، يظهر النبض الحركي أيضاً في حال الإفراط في الجرعة الدوائية، وفي بعض الأحيان في حالة عدم تحمل غذائي استثنائي. وإذا لاحظ الطبيب هذا النبض لدى مريض ما تغيب عنده كل العلامات الأخرى لاضطرابٍ هضمي حاد جدّاً، ويدّعي في الوقت نفسه «عدم تناول أيّ دواء على الإطلاق في الوقت الحاضر»، فلا بد له من الاعتقاد أن المريض لا يقول الحقيقة.

منزلة تشخيص النبض كوسيلة تشخيصية:

مجمل القول: رغم أننا استطعنا فيما سبق وصف الجوانب الملفتة للنظر في تشخيص النبض في خطوطها العريضة فقط، فإنه يُفترض بما يلي أن يكون قد بات واضحاً: يمثِّل تشخيص النبض في الطب الصيني التقليدي جزءاً من المعارف الأكثر وثوقاً والمقسم عقلانيّاً طبقاً للغرض، والذي يسمح بشكل مأمون بتفريق العلامات ذات الأهمية طبياً عن العلامات العارضة أو العادية، وذلك في ظلّ التنوّع اللامتناهي للعلامات والتبدّلات التي ترافق السيرة الحياتية لكل فرد. وتُعتبر هو الوسيلة، نظراً لكمالها، دقّتها وصرامتها وكفاءتها، فريدة في نوعها بين كافة منظومات الطب، بقدر ما هو معروف في الوقت الحاضر. أما رفضها بحجّة أنها تقترن أيضاً، فيما تقترن، بتدريب يدوي متواضع جدّاً للمشخِّص وبحدّة حواسه وانتباهه الوسطيين، فيمكن مقارنته برفض التدريب على الآلات الموسيقية بحجّة أن كل نغمة نشاء قابلة للتوليف، في هذه الأثناء، إلكترونياً وأن الكثير من الموسيقا الكلاسيكية مُسجَّل مسبقاً، على أيّة حال، على الأسطوانات. ولا داعي للتشديد على أن مثل هذا التشكيك اللامعقول كلّيّاً هو عامل مهم في أزمة الطب الغربي اليوم، هذا الطب الذي يميل إلى إهمال الطرق البسيطة والأمينة والمجرَّبة التي تتخطّى كل قياس مقارن، لصالح طرقٍ غر مؤكّدة، غير قابلة للاختبار ومحدودة، ولكنها في الوقت نفسه غالية الثمن، وذلك بحجّة أنها «عصرية».

الفصل السادس
المعالجة

أشكال المعالجة

نجد في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» سلفاً العرض التالي[74]:

الأمير الأصفر: «أودّ أن أسمع شيئاً حول السبيل الأساسي!».

يجيب كونت Qi: *«إن أهم ما في المعالجة عدم اقتراف الأخطاء في الحكم على المظهر (اللون) والنبض، ثم تطبيق هذه النتائج دون خطأ – تلك هي القاعدة العظيمة في المعالجة. عندما يختلط ظهور السير المعاكس (contravectio) مع السير المستقيم (secundovectio)، عندما لا يدرك المرء الجوانب السطحية والجوهرية، عندئذٍ تضيع القوة المكوكبة ويفقد المرء السيطرة! ترك المستهلك والفاسد، واتّباع الجديد، هكذا يغدو المرء أصيلاً».*

فيردّ الأمير: «سمعت منكم الآن ما هو جوهري. مع ذلك فقد دار كلامكم حول المظهر والنبض فقط، واللذين أعلم أهميتهما مسبقاً».

يجيب الكونت: «المعالجة تُتوج بأمرٍ واحد».

الأمير: «ما هو هذا الواحد»؟

الكونت: «يتوصّل إليه المرء عن طريق البحث عن العوامل المرضيّة».

الأمير: «وكيف يحصل ذلك؟».

الكونت: «يغلق المرء الأبواب ويسدّ الفتحات (أي أنه يلغي كل أنواع الإلهاء)، ويقوم باستجواب المريض بصورة منطقية؛ وعن طريق الأسئلة يُبرز مراراً وتكراراً الإحساسات والظروف كلاً على حدة، وهكذا يعثر على المعنى المتواري خلفها (أي العوامل المرضيّة). ومن يدرك الطاقة المكوكبة على هذا النحو، ينجح، ومن لا يدركها يفشل».

الأمير: «حسن جدّاً!».

شأنه شأن كل طب يقوم الطب الصيني بعمله بواسطة إجراءات فائقة النوعية، إجراءات أقلّ نوعية أو حتّى إجراءات غير نوعية.

من أجل المعالجة النوعية يمتلك الطب الصيني إجراءات المعالجة الداخلية. وتتدرج فيها قبل كل شيء ثروة واسعة وفائقة التمايز من العقاقير (دستور الأدوية). عدا ذلك يعرف الطب الصيني معالجة خارجية فائقة النوعية تقوم على إجراءات الوخز بالإبر الصينية والتسخين النقطي (moxibustion).

أما سائر الممارسات والتطبيقات الأخرى غير النوعية أو قليلة النوعية فلا يعزى لها سوى دور ثانوي ومكمّل، إنْ في إطار الرعاية الصحّيّة العامّة (Hygiene) أو بهدف الدعم اللطيف للمعالجة الهادفة. ومن هذه الإجراءات العلاجية غير النوعية يعرف الطب الصيني الحمية الغذائية، التدليك، التطبيقات المائية (بما فيها حمامات البخار، حمامات التدخين، الاستنشاقات وغيرها الكثير)، تمرينات qi (مركّب من الرياضة الطبية وتمرينات التنفّس والوعي، يختلف التشديد عليه من حقبة لأخرى). ومن الطبيعي أنه بإمكان الطبيب الصيني مشاركة أشكال علاجية مختلفة، مثل إعطاء الأدوية والوخز بالإبر وتقديم توصيات ونصائح فيما يختصّ بالطعام وأسلوب الحياة.

المعالجة الداخلية: الاستخدام الهادف للأدوية

يعتبر استخدام الأدوية في الطب الصيني التقليدي منذ أقدم الأزمنة الطريقة العلاجية الأكثر أهمية وتنوّعاً والقابلة للتحكّم فيها بأكبر دقّة ممكنة. ويقوم حوالي 80 بالمئة من مجمل الإجراءات العلاجية على استعمال الأدوية المختارة والمجرَّعة بدقّة لوحده.

على أن العلاج الدوائي ليس مجرّد الإجراء العلاجي الأكثر أهمية في الطب الصيني التقليدي. كما أن لا شيء يدعوه للخجل من منافسة الطب الغربي الحديث وعلاجه الكيميائي، بل هو، ومع تنوّع أدواته العلاجية، ندّ له، على الأقلّ في شفافيته العقلانية وضمانة تأثيره وفعاليته، إن لم يفقهُ أحياناً، ويرجع هذا إلى استخدامه وتجريبه السريرين الممتدّين لأكثر من 2000 سنة لتصنيفٍ دقيق يتم فيه تحديد تأثير كل دواء بصورة نوعية وواضحة. وهذا الوضوح النوعي يماثل نوعاً ما قفلاً يناسبه بدقّة مفتاح التشخيص الصيني المسحوب على الوظيفة والمصنوع حسب المعايير العرفية ذاتها. ونودّ الآن تفحّص آلية هذا «القفل» بدقّة أكبر، لنكشف مدى كون المعالجة في الطب الصيني منظومة حيّة، واضحة وعملية للغاية.

علام تقوم الكيفيّة الدقيقة والواضحة لأيّ دواء؟ أولاً على تحديد سلوكه حيال درجة الحرارة، وثانياً على تحديد مذاقه، وثالثاً تحديد اتّجاه تأثيره، ورابعاً تحديد علاقته بالدارات. ماذا نفهم من ذلك؟

الدينامية الأساسية: السلوك حيال درجة الحرارة (بالصينية xing):

يُعَدّ توصيف الأعراض كيفياً حسب البرودة (algor) والحرارة (calor) من التمييزات التشخيصية الأساسية. والمطابقة الدوائية لهذا التوصيف الكيفي هي تقييم الأدوية تبعاً لسلوكها حيال درجة الحرارة. ويميِّز الصينيون وفقاً لذلك أدوية ساخنة، دافئة، معتدلة البرودة، وباردة، وأدوية ذات سلوك حيادي حيال درجة الحرارة. تقوم الأدوية الساخنة والدافئة بمعاوضة انحرافات – البرودة وبدعم الطاقات الفاعلة. فالأدوية ذات السلوك الضعيف حيال درجة الحرارة «ترفع» أي أنها توصل الطاقات الفاعلة نحو الأعلى والخارج، وبالتالي تمنع تغلغل الانحرافات الخارجية (species) إلى العمق (intima). أما الأدوية معتدلة البرودة والباردة فتثبط «الحرارة» (calor) أي «السخونة» وتقوم بتصريف «الوهج» (ardor).

التقييم الذوقي للأدوية: المذاقات:

رأينا أثناء كلامنا عن التخطيط الأيقوني للدارات أنه يُلحَق بكل دائرة وظيفية، عدا أحد أطوار التحوّل، مذاق (sapor) مميِّز أيضاً. ويُقصَد بالمذاق (sapor) طعام أو مواد دوائية ذات اتّجاه مذاقي محدَّد تقليديّاً، مثل الحامض، المرّ، الحارّ، المالح، الحلو والحيادي. ومن المهم الآن أن نفرّق بين المذاقات المعرفة تقليديّاً، أي الكيفية المذاقية العامّة التي يتم بناءً على تطابقها مع الاتّجاه الحركي (الكيفية الدينامية) لدائرة وظيفية ما، إلحاقها بهذه الأخيرة، وبين تلك الكيفيات المذاقية الملموسة التي يُبديها دواء ما. إضافةً إلى أن الكثير جدّاً من الأدوية لا بد من توصيفها بعدّة كيفيات مذاقية، وليس بكيفية مذاقية واحدة – فثمّة مواد دوائية حارّة ومرّة أو حارّة وحامضة في آنٍ معاً، وثمّة أدوية أخرى لا بد من وصفها بأنها حلوة ومرّة في الوقت نفسه –، إضافة إلى ذلك فإن التوصيف الأدق للدواء ينجم عن النسب الكمية للمذاقات المتضمَّنة فيه أيضاً: إذ إن الفارق كبير وجوهريّ فيما إذا كانت مادّة ما توصف بأنها باردة وحارّة (مثل النعنع) أم بأنها ساخنة وحارّة (مثل معظم أنواع الفلفل)، فيما إذا كانت الحدّة تخفّ من خلال مذاقات أخرى أم على العكس يبدو أنها تشتدّ بوجود المرارة الاعتيادية، والكثير غير ذلك. تفسِّر هذه العلاقات لماذا هو ضروري التعرّف على المذاق أو المذاقات (sapor)، أي الكيفية أو الكيفيات المذاقية لكل مادّة دوائية، وذلك بمعزلٍ عن ديناميّاتها الأخرى.

كل كيفية مذاقية تُعتَبر تحديداً لاتّجاه تأثير الدواء الذي ينجم عن كيفية طور التحوّل بصورة مباشرة. وهكذا فإن:

الحامض يطابق – طور التحوّل – الخشب،

المرّ يطابق – طور التحوّل – النار،

الحلو يطابق – طور التحوّل – الأرض،

الحارّ يطابق – طور التحوّل – المعدن،

المالح يطابق – طور التحوّل – الماء.

ويطابق المذاقُ الحياديّ طور التحوّل – الأرض كذلك الأمر.

ولكل مذاق بدوره تأثير مميّز على الدوائر الوظيفية:

المذاق الحامض: له تأثير قابض، موقف للنزف، مخشّن ومقلّص.

المذاق المرّ: له تأثير مجفّف، موهن، مثبِط.

المذاق الحلو: له تأثير كاشِف، مُطلِق، معبّئ للطاقات الفاعلة (qi).

المذاق المالح: له تأثير ملّين، مرطِّب، مُسْهِل.

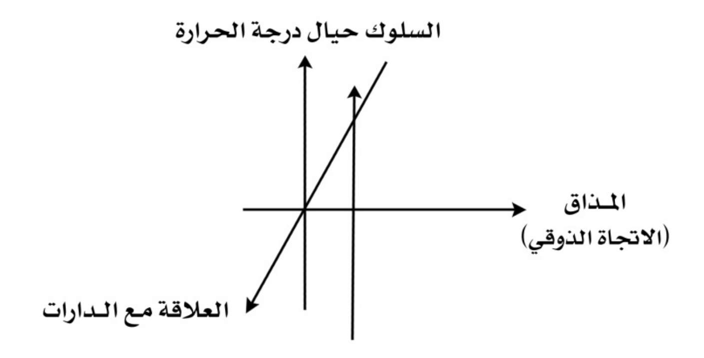
وهكذا فقد سمعنا على سبيل المثال أن طور التحوّل – الخشب يميّز الفاعلية في كمونيتها القصوى أو الفاعلة الكامنة، وفي النهاية كمون الفاعلية. إذن فليست المذاقات الحامضة فقط تتحدّد كيفيّاً بطور التحوّل هذا، وإنما أيضاً الدارتان الكبدية والمرارية، وقت شروق الشمس، الربيع ...إلخ. وعندما نعلم، عدا ذلك – وهو ما في وسع كل عالِم أدوية التأكّد منه ودون اطّلاع مسبق على العلاج الدوائي الصيني–، أنه من المذاق الحامض ينطلق تأثير مقلِّص، أي مقبض، تأثير مخشّن وقابض، عندئذٍ يغدو واضحاً ما هو المقصود بما يلي: عندما يتم تبديد الطاقات، سواء الفاعلة أم البنائية، بصورة مفرطة، وليكن من خلال درجة حرارة الجلد المرتفعة جدّاً أو من خلال تعرّق شديد جدّاً أو إسهال أو فرط في قابلية الإثارة العامّة (وليس فرط إثارة)! فإن «توتّر القوس» يتعرقل أو

يتناقص من جراء ذلك: يتضاءل تجمّع الطاقات الفاعلة، ولا يتم إلاّ بدرجة خفيفة. ولتطبيق المذاق الحامض تأثير معاكس. ولكن من الطبيعي أنه ليس بالإمكان إعطاء المذاقات الحامضة لأيّ مريض بجرعة عالية كما نشاء أو لمدّة طويلة كما نشاء، وإلا سيظهر عندئذٍ التأثير العكسي، فرط امتلاء في الطاقات الكامنة التي قد تتفرّغ عندئذٍ بشكل ثوراني، بشكلٍ انفجاري مدمّر.

إن تشخيص Idiosynkrasie، يمكن أن يُفهَم إما كعلامة على نقص في وظيفة الدائرة الوظيفية المخزّنة لطاقة الإنجازات الفاعلة، أو – على العكس – كاضطراب امتلائي مع التهديد بالإفراط وفيضان هذه الوظيفة. وتوفّر المواد المحدَّدة كيفيّاً في العلاج الدوائي على أنها مذاقات حامضة أساساً مادّيّاً لتنظيم هذه الانحرافات.

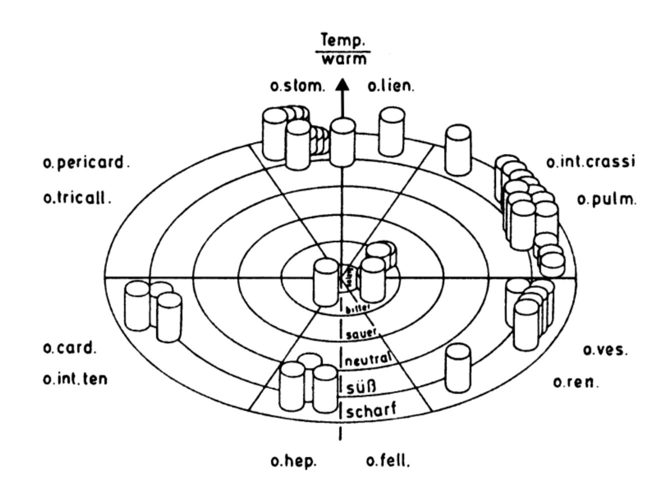
الشكل **رقم** (6):

يمكن اختصار توصيف أيّ دواء في مخططٍ ثلاثيّ الأبعاد يشمل السلوك حيال درجة الحرارة، المذاق أو الاتّجاه الذوقي والعلاقة مع الدارات. تصميم س. هـ. هيمبن.



الشكل **رقم** (7):

يمتلئ هذا المخطَّط بمحتوى محدَّد. ويتعلّق بزمرة «الأدوية الحارّة والدافئة الحالّة للسطح»: وتُوزَّع الأدوية المتاحة والمستخدمة بصورة محدَّدة ضمن هذا المخطط ليس توزّعاً إحصائيّاً على الإطلاق. ونتعرّف بنظرة واحدة أن الأدوية المستخدمة تتركّز في توصيفها المذاقي على المواد الحارّة والمرّة، وفي علاقتها مع الدارات المعدية، الرئوية والمعوية الغليظة.



سطحية وعمق الدينامية الدوائية: توجّهات التأثير الأربعة للأدوية:

يُعتبر ذكر توجّه تأثير المواد الدوائية، وبالتالي فائدته العلاجية، معلومة أخرى لا غنى عنها في المنظومة المتناسقة والمتقنة للإمكانات العلاجية. وينجم توجّه التأثير عن الحكم التدرّجي الموحّد على مادّة معيّنة من ناحية سلوكها حيال درجة الحرارة ومذاقها. ويميِّز الطبيب الصيني إجمالاً أربعة توجّهات تأثير:

1. السطحية: التأثير السطحي (باللاتينية: superficialitas؛ بالصينية: fu):

تُستطَب الأدوية المؤثِّرة على السطح عندما يسمح التشخيص بالتعرّف صراحة على أن الخارج (species) أي سطح الجسم فقط هو المصاب، وهذه هي الحال مثلاً في الاضطرابات حديثة العهد والحادّة. أما الأدوية الواجب استعمالها هنا والتي تؤثِّر على السطح (الأدوية السطحية) فهي أدوية ذات qi قوي، وبالتالي ذات سلوك بارز بشدّة حيال درجة الحرارة، ولذلك فهي قادرة على إزالة وتبديد شذوذات درجة الحرارة في الخارج (species) تحديداً. والأدوية التي تتمتّع بهذه الصفة هي قبل كل شيء الأدوية الحلوة والساخنة في الوقت نفسه. ومن أمثلة هذه الأدوية السطحية (medicamenta superficialia) المعروفة الزنجبيل، قشر القرفة أو عشبة خانق الذئب (Aconit).

2. «الرّفع»: التأثير الرافع (elevatio):

ثمّة أشخاص يسود لديهم في الخارج (species) عجز في الطاقة. ويتظاهر هذا النقص، فيما يتظاهر، بتناقص المقاومة العامّة، لأن طاقة الدفاع تكون مُضعَفة. علاوة على ذلك، بإمكان الانحرافات التي شملت الخارج مسبقاً أن تَنفُذ إلى العمق (intima). وللوقاية من مثل هذه التطوّرات غير المرغوبة يستعمل الأطبّاء الصينيون أدوية رافعة تدفع الطاقة المتواجدة في العمق، أو حتّى المحتبَسة هناك، نحو الخارج. إذن فبوساطة الأدوية الرافعة (medicamenta elevantia) لا يتم الإمداد بأيّة طاقة جديدة، وإنما تحريك وتعبئة الطاقة الموجودة.

لذلك فإن الأدوية الرافعة ذات qi ضعيفة الشدّة أيضاً، أي أنها ذات سلوك ضعيف حيال درجة الحرارة. ولهذا الغرض تصلُح قبل كل شيء الأدوية ذات المذاق الحلو والسلوك الحيادي حيال درجة الحرارة، ثم الأدوية الحارّة – الحيادية بصورة خفيفة، الأدوية الحارّة، الأدوية الدافئة بصورة خفيفة وأخيراً الأدوية المرّة – الحيادية بصورة خفيفة.

3. الأدوية الخافضة (demittentia medicamenta):

ونصادف الحالة المعاكسة عندما يتواجد على سطح الجسم فرط في الطاقة الفاعلة (qi). وهذه هي الحال عندنا يكون جلد المريض أحمر بصورة ملفتة، ويشعر بنفسه ساخناً ويتعرّق بشكلٍ خفيف. وهنا لا يوجد فائض في الطاقة في مجمل التوازن الطاقوي بأيّ حال، وإنما – على العكس – هناك عجز فيها. ويتعلّق الأمر عادةً بعجزٍ في الطاقة البنائية (أي في العصارات، في الدم أو في المادّة الجسدية على سبيل المثال) يُعرقل الفاعلية ويكبحها. في مثل هذه الأعراض نتكلّم عن «Yang ضارب نحو الخارج» أو عن «طاقة فاعلة ضاربة نحو الخارج دون جذور». ومن البديهي أنه لا يجوز تصريف هذه الطاقة بأيّ حالٍ من الأحوال، بل يجب صدّها وإعادتها إلى العمق بوساطة مواد خافضة. وبذلك تعيد هذه الأدوية خلق العلاقة المضطربة في دوران الطاقة بين الخارج (species) والداخل (intima). الأمر الذي يساهم بأثرٍ رجعيّ في إراحة وظائف Yin (البنائية). وبذلك يمكن للمرء أن يعاكس النزوف على سبيل المثال، والتي يمكن أن تكون أيضاً علامة على طاقات غير مقيَّدة في العمق. غالباً ما تكون الأدوية الخافضة ذات كيفية مذاقية ضعيفة الشدّة. وفي المشاركة بين المذاق والسلوك حيال درجة الحرارة، يُعَدّ كل مما يلي من المواد الخافضة: الحلو والبارد، الحلو ومعتدل البرودة، الحلو والحيادي، الحامض والحيادي وكذلك المالح والحيادي.

ويندرج في الأدوية الخافضة كثيراً جدّاً من المواد المعدنية والمعادن الخام مثل الماغنيتيت (magnetit). إلاّ أن الأهم تبعاً للاستخدام هي concha ostreae، أي كلس قشر المحار، فطر صنوبري، أو جذر الـ Paeonia (عود الصليب)، ذاكرين أهمها فقط.

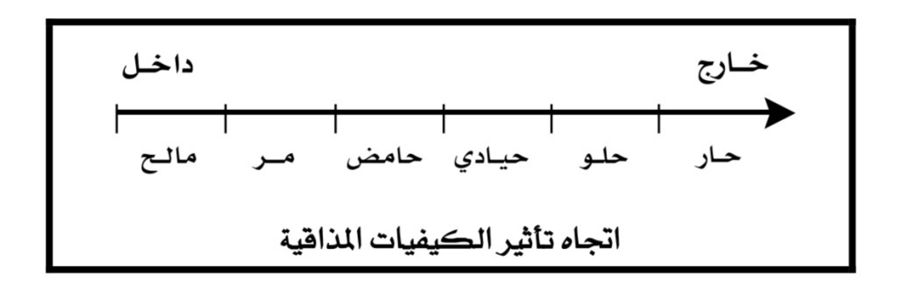
4. «التأثير العميق» بوساطة الأدوية العميقة (medicamenta mersa):

ثمّة اضطرابات في التوازن الطاقوي وكأنها انفجارات أو سخونة مفرطة على الأقل، وغالباً ما تكون مشروطة بنيويّاً وتقتصر كلّيّاً على الداخل (intima)، أي على عمق الجسم، على الأسس العضوية للدوائر الوظيفية.ثير

(تترافق هذه الاضطرابات دائماً تقريباً مع درجة حرارة مرتفعة، بل وقد تظهر أمراض إنتانية مثل التيفوس والزحار). أما الأدوية العميقة المستعملة في مثل هذه الموجودات فهي عموماً ذات سلوك بارد حيال درجة الحرارة وذات مذاق مرّ أو مالح. والأكثر استخداماً في الصين هو جذر الـ Coptis teeta أو قشر شجرة الفلّين؛ كما يوجد في دستور الأدوية الغربي جذر الـrhei (جذر الراوند)، جذر الـ gentianae (جذر الجنطيانا) وبالطبع أيضاً كبريت الصوديوم (ملح المؤمنين).

الشكل **رقم** (8):

يوضّح هذا المخطط علاقة الاتّجاه، وبالتالي العلاقة الكيفية بين الكيفيات المذاقية (= sapores) ومستوى التأثير.



العلاقة مع الدارات (guijing):

بحسب الطب الصيني فإن كل دواء يؤثِّر بشكل ما على دائرة وظيفية واحدة على الأقلّ. ويُعتَبر خلق تلك العلاقة لدواء ما مع الدارات من المعارف الأساسية في علم الأدوية الصيني. هنالك أدوية لها تأثير نوعي تماماً على دائرة وظيفية واحدة فقط؛ وأخرى تمتلك طيفاً من التأثيرات أوسع بكثير على دوائر وظيفية مختلفة.

أما اختيار الطبيب الصيني للمادّة التي يصفها، فهو أمر يتعلّق بالصورة المرضيّة وحدها، والتي يُسفر عنها التشخيص. فالطبيب يعلم تماماً من موجوداته التشخيصية ما هي الدائرة أو الدوائر الوظيفية المضطربة. ولا بد من كون الدواء المختار يؤثِّر على الانحراف المرضي بدقّة («السير المنحرف» للوظيفة). لذلك لا بد أن يكون الطبيب على علم دقيق بالدائرة أو الدوائر الوظيفية التي يؤثِّر فيها كل دواء. وتسمّى خاصية الدواء هذه بالعلاقة مع الدارات أو Sinarteriotropie، طبقاً للتسمية الصينية guijing التي يمكن ترجمتها حرفياً بـ «المصبّ في طريق توصيل الـ...». وانطلاقاً من المعرفة الأكيدة لهذه العلاقة مع الدارات بمفردها يكون بالإمكان مراعاة الوضع المتفرِّد للمرض لدى كل مريض، وتحاشي أن يُخلّ الإجراء العلاجي بالمجالات التي تقوم بعملها بصورة طبيعية، أي المجالات السليمة.

هذه الانتقائية، وبالاشتراك مع المعطيات التفصيلية الموثوقة للغاية حول توافق المواد الدوائية فيما بينها، تسمح للأطبّاء الصينيين بتنفيذ معالجة تُبدي التأثيرات المرغوبة التي يقصدون، دون تأثيرات جانبية أو متأخّرة. (لا ريب أنه ليس من قبيل المصادفة أن يُفتقد في الطب الصيني، الغنيّ بالتقاليد، حتّى مفهوم «التأثيرات الجانبية»، المفهوم الذي ينتمي إلى العمل الطبي اليومي في الطب الغربي. مثل هذه الظواهر يعتبرها الطب الصيني «علاجات خاطئة» أو «وصفات خاطئة» «أخطاء طبية»). ولكن بالطبع حتّى الخبير المدقّق في الطب الصيني ليس معصوماً عن الخطأ. فعندما يتعلّق الأمر بمواجهة موجود مرضي معقَّد ومتعدِّد الجوانب وبوصفة ليس أقلّ تدرّجاً وتنوّعاً، فإن جرعة كل مكوِّن على حدة لن تكون مثالية في البداية. ولكن العلاقة الوثيقة والحتمية تقريباً بين المقولة التشخيصية والقيم المميّزة المعروفة للأدوية تثبت هنا أيضاً علاقة موثوقة وأمينة: فبعد تناول الوصفة الأولى مباشرةً يمكن للطبيب التحقّق بدقّة عالية فيما إذا كانت المداواة مثالية. وفي حال عدم كونها كذلك بإمكانه تصحيح الوصفة دون تأخير.

وتُعتبر قابلية التكيّف هذه مع الاحتياجات الفردية لكل مريض إنجازاً مميّزاً للطب الصيني: فعندما يكشف الطبيب أن لدى المريض اضطراباً في إحساسه بدرجة حرارته – المريض يشعر بالبرد أكثر من الآخرين أو يتعرّق بصورة أقلّ منهم – فإنه سيضع في الحسبان أثناء المعالجة المتقنة لمثل هذا الاضطراب حتّى التغيّرات الحالية في درجة الحرارة تبعاً لتواقيت اليوم، علاوة على المؤثرات الفصلية: ففي أواخر فترة قبل الظهر أو أواخر فترة بعد الظهر يتم تجريع الأدوية الفاتحة للخارج (species) – ويقال شعبيّاً «المعرِّقة» – بحذر أكبر منه في بقية أوقات اليوم، وفي الطقس الصيفي الحارّ بتحفظٍ أكبر منه في الخريف. ويتم استخدام المواد ذاتها في أواخر الخريف أو في الشتاء بشكل معاكس.

بدائل الإستراتيجية العلاجية:
الطرق العلاجية الثمانية (BAFA)

قمنا حتّى الآن بعرض توصيف الأدوية كيفيّاً، اتّجاه تأثيرها وعلاقتها مع الدارات. والآن يدور الموضوع حول استخدام المواد الدوائية بصورة هادفة ووضع تصوّر أو خطّة علاجية تتوحَّد فيها الاستحقاقات الناجمة عن التشخيص مع إمكانيات تطبيق الأدوية.

يضع الطبيب في الممارسة، بعد التشخيص «إستراتيجية علاجية قبل تحرير وصفته. ويقدِّم الطب الصيني ثماني طرق علاجية تتضمّن الإستراتيجيات العلاجية الأساسية:

1. إحداث التعرّق – sudatio (**han**)؛
2. الإفراغ عن طريق الفم –الإقياء والتقشع– vomitio et expectoratio (**tu**)؛
3. الإسهال purgatio (**xia**)؛
4. مناغمة الوظائف المتنافرة compositio (**he**)؛
5. التدفئة الحذرة – tepefactio (**wen**)؛
6. الترطيب أو التبريد – refrigeratio (**qing**)؛
7. الإكمال أو بالأحرى الإمداد بالطاقة – suppletio (**bu**)؛
8. تصريف أو تبديد الطاقة dispulsio، diffusio (**xiao**،**xie**، **san**).

وهنا أيضاً لا بد من أن ندرك أن أسماء الطرق العلاجية الثمانية، وإن تم اختيارها استناداً إلى الخبرة الحسّية – الطرق الثلاث الأولى – ولكنها تمثّل بالدرجة الأولى مصطلحات فنّية في نظرية الطب الصينية. وما تحرّضه من تداعيات تجريبية يُسهِّل، في أحسن الأحوال، التوجّه. ولكن في الواقع فإن ذلك قد يضلِّل أيضاً، في حال لم يستطع المرء التخلّص من التصوّرات الموروثة المقترنة بصورةٍ عامّة بهذه المفاهيم. وهذا ما يتّضح عندما نتأمّل الطرق الثمانية بدقّة أكبر.

1. إحداث التعرّق (sudatio؛ han):

يعلم الأطبّاء والعامّة عندنا أيضاً كم يمكن أن يكون التعرّق نافعاً. ويحاجج كل من الجالينوسية([75] والطب الشعبي والطب الطبيعي المنبثق عنه بأن الجسم يطرح عن طريق التعرّق المزيد من الشوائب والمواد المرضيّة – وتلك مقولة لا تعتبر من وجهة نظر الطب الصيني مقولة خاطئة تماماً، إلاّ أنها فظّة وغير علمية، ذلك أنها لا تأخذ باعتبارها حتّى أبسط الملاحظات حول العرق.

هناك الكثير من أنواع العرق، وبالتالي الكثير من العوامل أيضاً التي تسبّب التعرّق وترافقه. وغالباً ما تكون هذه العوامل متعاكسة كلّيّاً مع بعضها بعضاً. من وجهة نظر صينية يمكن للمرءِ في المقاربة الأولى، أن يقول بشكلٍ فظّ جدّاً: ينتمي إلى كل معيار رئيس نوعٌ خاص من العرق والتعرّق. ولا بد أثناء التشخيص من توضيح هذه الأنواع المتباينة بعناية عن طريق الرائحة والاستجواب.

ويعلم الصينيون بالطبع أن السموم والشوائب يمكن طرحها عن طريق العرق: وذلك عندما تكون رائحة العرق كريهة بشكل ملفت، عندما لا يخرج العرق بصورة متساوية في كامل الجسم، عندما يصبغ الثياب الداخلية... ويصفون هذه الظواهر بأنها حرارة (calor) أو امتلاء (repletio) في بعض الوظائف، واستنفاد (inanitas) في بعضها الآخر.

يتصبّب العرق، حسب النظرية الصينية، عندما ينزاح التوازن بين الطاقات الفاعلة والبنائية جراء عوامل خارجية أو داخلية. فالعرق عبارة عن عصارة، شيء ما مادّي يتم تبديده نحو الخارج من خلال نشاط مشدَّد. أما النشاط المتزايد بشكل طبيعي، والذي يؤدّي إلى التعرّق، فلا يحتاج إلى المعالجة من قبل الطبيب. فقط في حال فرط الإجهاد (إفراط في العمل، حرّ الصيف، العطش)،

يكون العون الطبي مطلوباً. وغالباً ما ينطبق هذا أيضاً على المرضى المزمنين مع إفراز للعرق في الثنيات الجسدية، أو على المرضى الذين يتصبّبون عرقاً في الرأس لأتفه الأسباب أو على المحتضرين الذين يبخّرون عصاراتهم الحيوية الأخيرة في إفراز العرق.

أيّ من هذه الأمثلة لا يشبه الآخر. ولا يمكن سوى للتشخيص أن يوضّح ما إذا كان العرق الحاصل مفيداً للصحّة، أم من الواجب منعه، أم ينبغي تشجيعه وإحداثه بصورة هادفة ومقصودة بواسطة الأدوية.

يُسمَّى تحريض التعرّق كمعالجة طبية (sudatio). ما هي الحالات التي تُستطبّ فيها هذه الطريقة؟

تُستطبّ هذه الطريقة في الواقع فقط عندما يكون إفراز العرق معرقلاً جراء امتلاء الخارج (امتلاء الطاقة عند السطح) الذي يتظاهر أعراضيّاً كتشنج في المسامات، ويكون مجمل الاضطراب مقتصراً على السطح. وهذا يعني أن الـ (sudatio) لا يُطبَّق سوى في المرحلة المبكرة من المرض الحادّ فقط.

يستند إحداث التعرّق (sudatio) إما إلى موجود – برودة – خارجية (algor–speciei) مع قشعريرة، حمّى طفيفة، طعم فم رديء، طلاوة لسان بيضاء رطبة، صداع، آلام جسدية منتشرة ونبض سطحي خطّي – أو إلى موجود – حرارة خارجية (calor–speciei) مع حمّى مرتفعة، قشعريرة طفيفة أو مفقودة، عطش، احمرار جسم اللّسان، طلاوة لسان صفراء ونبض سطحي متسرّع.

2. الإفراغ عن طريق الفم (tu؛ vomitio et expectoratio):

يعني التعبير الصيني tu «التقيّؤ»، «البصق». ويندرج في ذلك سواء إقياء محتوى المعدة الضارّ والمثقل أم نفث المخاط عبر القصبات.

وشرط هذا الإجراء العنيف هو تشخيص دقيق يراعي الحالة العامّة للمريض. لذلك لا يُستطبّ الإفراغ عن طريق الفم سوى في الحالات الحادّة، المهدِّدة للحياة، مفرطة الامتلاء (أي

الغنيّة بالطاقة).

ومن أعراض هذه الأمراض ضيق التنفّس، الشعور بالاختناق، التهديد بالسكتة أو السكتة الواقعة (أي غياب مفاجئ لعضوٍ مهم جراء «احتشاء دماغي»، «احتشاء قلب» أو «احتشاء رئة»، وذلك بالمصطلحات الغربية)، إغماء مع تنفّس متقطّع ومتحشرج. كما يمكن للإفراغ عن طريق الفم أن يحقّق تحسّناً سريعاً في حالة توقّف الهضم مع شعور بكتلة وآلام في منتصف البطن.

عندما تُطبَّق هذه الطريقة بصورةٍ صحيحة فإنها تجلب للمريض تخفيفاً ملحوظاً بشكلٍ سريع. إذ تتم إزالة الاحتقانات وتجمّعات الطاقة المهدِّدة وتجعل مسالك الطاقة المسدودة أو المقطوعة سالكةً من جديد. وهنا أيضاً لا تقتصر المعالجة على إحداث تجريبي غير متمايز للإفراغ من المعدة أو من الرئة، وإنما يمكن، بعد تشخيص دقيق، استخدام الأدوية المناسبة، حسب علاقتها بالدارات، بصورة هادفة تماماً في الدائرة الوظيفية المصابة.

3. الإسهال (purgatio؛ xia):

ويُحتفظ بهذه الطريقة أيضاً لمعالجة الاضطرابات الحادّة جدّاً، وهي الوحيدة بين طرق المعالجة الصينية التي لها شبيه في الطب الغربي، ألا وهو الإسهال([76] في الجالينوسية وفي الطب الطبيعي. ويُفتَرض أن يتم بها إفراغ محتوى الأمعاء المحتبس والمجهد للمريض. ويُستطبّ الإسهال فيما عدا الإمساك وتناقص إطراح البول، في الترهّل وتجمّعات السوائل في البطن.

4. مناغمة الوظائف المتنافرة (compositio؛ he):

على خلاف الإسهال (purgatio) تماماً، لا يمكن فهم مناغمة الوظائف أو توليفها (composition) إلاّ في السياق المنهجي لنظرية الطب الصينية. وهي طريقة مُستطبَّة عندما يضطرب الأداء الجماعي المتناغم للدوائر الوظيفية.

وأعراض مثل هذا التنافر، والتي لا يمكن للعامّة إدراكها، غير مُقنعة ولا مؤثِّرة؛ إذ نصادف على سبيل المثال تناوباً متكرّراً بين الشعور بالسخونة والشعور بالبرد، هجمات دوار، دوخة

وجفاف فم، وأحاسيس بالضيق في الصدر وناحية الأضلاع، وكذلك جشاءات، تناقص شهية، تناقص في الشهوة وفي الميل إلى الإقدام بصورة عامّة. أما العلاجات التي يشخِّصها الطبيب فهي نموذجية: طلاوة لسان غير مستقرّة، تعرّق شاذ والكثير غيرها. وتجري مواجهة هذه الموجودات بزمرة دوائية خاصّة تُسمّى الأدوية المنظِّمة (medicamenta regulatoria).

وليس من الضروري أن تكون مناغمة الوظائف، أي توليف المجريات الحيوية، شيئاً جيّداً على الدوام. فقد يسبِّب الطبيب بذلك أضراراً. إذ إن الخارج (species) والداخل (intima) بطبيعتهما مجالان وظيفيان متعاكسان. مما يعني أن وظائفهما عند الشخص السليم، وإن كانت متشابكة بصورةٍ متناغمة، إلا أنه لا يجوز المزج بينهما أو الخلط فيما بينها. لذلك يشترط تطبيق مناغمة الوظائف (composition) أن يكون هذا الأداء الجماعي المتناغم للوظائف أو المجالات الوظيفية المفصولة بوضوح غير مضطرب. ولكن عندما يبيّن الموجود أن الاضطراب مقصور على الخارج (species) فقط أو على الداخل (intima) فقط، عندئذٍ لا يتم عن طريق التأثير الخاطئ في الأداء التعاوني بين الداخل والخارج تسهيل الشفاء مثلاً، وإنما يساعد ذلك على امتداد الاضطراب الموجود إلى مجالاتٍ لم تكن مصابة حتّى الآن.

5. التدفئة الحذرة (tepefactio؛ wen):

تهدف هذه الطريقة، والتي تشير إلى تطبيق أدوية تزيد الدينامية في مجالات وظيفية معيّنة وتحرّضها، إلى تصحيح موجودات – البرودة (algor). نحن نتذكّر من كلامنا عن المعايير الرئيسة أن موجود – البرودة لا يعني بالضرورة أبداً أن مريضاً ما يشعر بالبرد. ويمكن أن يندرج فيه أيضاً اضطرابات مرضيّة مثل تباطؤ الوظائف الحيوية أو الميل إلى الإسهال أو إلى تشكُّل قساوات أو عقيدات موضعية مؤلمة. كل ذلك، وبغض النظر عن الحالة الذاتية للمريض وعن درجة حرارة الجسم الحالية، يُعتبر دلالة على موجود – برودة (algor).

وتُعتبر التدفئة الحذرة (tepefactio) الطريقة العلاجية الصالحة لتصحيح أمراض «البرودة» هذه. فعن طريق تطبيق ما يُسمَّى بالأدوية الدافئة أو الساخنة تعيد هذه الطريقة خلق التوازن ثانية على نحوٍ يتم فيه إصلاح الوظائف المضطربة انطلاقاً من الداخل. تُستطبّ التدفئة

الحذرة عندما يتوجّب تطبيع نشاط الأمعاء في حال الميل إلى الإسهال، أو حلّ العقيدات القاسية المؤلمة تحت الجلد.

6. الترطيب أو التبريد (qing؛ refrigeratio):

تعني الكلمة الصينية qing في اللغة اليومية «واضح» أو «إيضاح». أما في الطب الصيني فتعني حصرياً «يبرد» (refrigerare)، «تبريد» (refrigeratio) اضطرابات – الحرارة (calor)، وخاصّة تلك التي وصلت إلى الداخل، إلى العمق (intima)، أي إلى الدوائر الوظيفية. وتُعتبر موجودات – الحرارة (calor) هذه كثيرة التواتر وشديدة التنوّع، إنْ كاضطرابات بدئية أم كعواقب لأمراضٍ أخرى.

كل موجود – حرارة (calor) يهدِّد أو يضرّ بالطاقات البنائية. فهو يُصيب الركيزة، المادّة الجسدية، ويقلِّل من العصارات ويتظاهر بأعراض تمتدّ من تعطّل الوظائف الأساسية، تعطّل الهضم، تعطّل التغوط، تعطّل التبوّل، عبر النزوف، الاندفاعات الجلدية، التقيّحات، تشكّل الأورام، خفقان القلب، الإثارة، إلى ضعف حدّة الحسّ، الاختلاط والإغماء. ويكون النبض دائماً متسرّعاً، وأحياناً يظهر على السطح عريضاً وهادراً؛ طلاوة اللّسان صفراء، رمادية أو سوداء وتميل إلى الجفاف – وكما هي الحال في موجودات – الحرارة (calor) المزمنة عموماً، تتظاهر قلّة العصارات بالتحوّل والمظهر الهزيل.

7. الإكمال أو الإمداد بالطاقة (bu؛ suppletio):

ليس لهذه الطريقة أيضاً ما يوازيها في الطب الغربي، ولا في أيّ طبٍ آخر على الأرجح. وتعني الكلمة الصينية bu «إملاء أو ردم»، «رتق»، «سدّ»، «تعويض»، وذلك كما يسدّ المرء ثقباً في قطعة ملابس أو في أنبوب مياه، في سدّ مائي أو ثغرة في ميزانية، أو مجازياً كما يزيل المرء عيباً في آلة ما. أما معناها كمصطلحٍ مستخدم في الطب الصيني فهو أكثر حصراً ودقّة: إذ تنسحب bu بكل وضوح ودقّة على موجود– استنفاد (inanitas)، وبالتالي على عيبٍ في الاستقامة (Orthopathie) – وغالباً في دارةٍ وحيدة أو في مجالات وظيفية معيّنة قليلة، وفي حالات

استثنائية في الاستقامة بمجملها. نعلم من التشخيص مسبقاً أن الاستنفاد يمكن أن يتظاهر بأعراض متنوّعة تبعاً للدارة المصابة: تضاؤل القدرة على التحمّل بصورة عامّة، تناقص في الدافع، تثاقل في الكلام، حاجة شديدة إلى الراحة، قصر التنفّس؛ ولكن أيضاً هجمات دوار، طنين في الأذنين، تزايد في قابلية الإثارة، تململ واضطراب شديدين، وغالباً مظهر شاحب، سلوك متعب وغير مكترث.

إن تصحيح مثل هذا الاستنفاد (inanitas) يجب أن يترفق بتشخيصٍ دقيق ليس فيما يختصّ بالعلاقة مع الدارات فحسب، وإنما أيضاً بالنسبة إلى إكمال الطاقة المفقودة. ولكن كيف لنا أن نتصوّر تأثير الإكمال أو الإمداد بالطاقة (suppletio)؟ إنه تحرير تحفيزي للاحتياطات، تعبئتها ووضعها تحت التصرّف، سواء طاقات الفاعلية أم طاقات البنائية. إذ يتم بالدرجة الأولى إعادة خلق «القدرة على الارتكاس» و«الاستعداد للارتكاس» الطبيعيين، وبذلك فقط، وبصورة غير مباشرة، إعادة خلق القدرة على تجديد الركيزة الجسدية وإعادة بنائها.

8. تصريف أو تبديد الطاقة (dispulsio، diffusio؛ xiao، xie ، san):

يُعتبر كل كبح، حصار، احتقان، تجمع للطاقة، أياً كان شكله أو موضعه، من العلامات أو المظاهر المرافقة الأكثر تواتراً للمرض. حتّى عندما يحدِّد الاستنفاد (inanitas) الحدث المرضي بدئيّاً، قد تظهر بشكل ثانوي أو محيطيّاً ظواهر امتلائية أو احتقانات. وقد يكون من المفيد أو الضروري في كل الحالات تفريق مثل هذه الاحتقانات والتجمّعات، تبديدها أو تصريفها.

كنا قد تعرّفنا في «الإفراغ» عن طريق الفم على طريقة يُفترض بها إطراح أو استبعاد المواد المفرزة أو التي يجب إفرازها وعزلها، وذلك عندما يكون الاضطراب فائق الحدّة، وتتوفّر احتياطات كافية من الطاقة. ولكن الحال ليست كذلك عادة. وعندئذٍ لا بد من مواجهة الامتلاء (repletio) المحصور في مجالات صغيرة جدّاً بدقّة شديدة وبحذر وتحفظ كبيرين. وفي وسع الوخز بالإبر هنا أن يؤدّي خدمات جلّى. ومع ذلك، إذا كان الموضوع يتعلّق باضطرابات متكرّرة الظهور جراء ظروف معيشية سيّئة أو استعداداتٍ بنيوية، فإن ما يقود إلى التحسّن أو الشفاء النهائي هو الأدوية فقط.

تتظاهر الاضطرابات المذكورة بعددٍ كبيرٍ من العلامات بدءاً بالأعراض المخاطية البسيطة (pituita) وصولاً إلى التورّمات، التنشؤات (الأورام)، تشكّل القرحات والسرطانات. وهنا أيضاً لا بد من ذكر الموجودات المرضيّة المؤلمة مثل الانصبابات الدموية، الآلام العصبية غير النوعية أو الاضطرابات الروماتيزمية؛ ثم جميع أنواع الاضطرابات الهضمية، كنتيجة لأخطاء التغذية، أو تلك الناجمة عن المناخ أو تبدّلات الطقس، والحالات الألمية المعاوِدة بما فيها الشقيقة.

مقارنة موجّهة:

هذه الإشارات إلى الطرق العلاجية الثمانية في الطب الصيني توضِّح مرّة أخرى مدى الاختلاف في نظرة كلّ من الطبين الغربي والصيني تجاه المريض والمرض. ففي الأمراض التي يُستطبّ فيها إحداث التعرّق (sudatio) على سبيل المثال يدور الموضوع، كما هو واضح، حول الميدان الواسع لأمراض البرد الخفيفة. وفي حين أن الطب الغربي يقسّم الأمراض تبعاً لوجهات نظر ظاهرية، وقبل كل شيء تبعاً «للعوامل المسبِّبة» – ومن بينها التنوّع الذي يكاد لا يكون بالإمكان الإحاطة به من الفيروسات–، يقوم الطب الصيني بالتمييز تبعاً للوظائف المضطربة دون غيرها. ويبدو أن هذا أكثر ملاءمة لواقع الحال بصورة جوهرية: إذ إنه يكتفي – مع كافة إمكانيات التدرّج التشخيصي – بصور مرضيّة قليلة، وبالتالي بطرق علاجية قليلة أيضاً. أما في الطب الغربي فيتحوّل المريض إلى مسرح لصراع بين الجراثيم أو الفيروسات من جهة، والأدوية المضادّة التي تُعدّها الصناعة الدوائية من جهةٍ أخرى، في حين لا تلعب حالته الصحّيّة الخاصّة، وضعه البنيوي البدئي سوى دور ثانوي. وبقدر ما يجري هذا الصراع الدفاعي خارج المريض، فإننا نسميه رعاية صحّية (Hygiene). ولكن لما كانت هناك سلالات جديدة من الجراثيم والفيروسات باستمرار، فإن الطب الغربي يعمل دون توقّف على البحث عن أدوية مضادة للسلالات الجديدة المقاومة. وفي هذه الأثناء تغدو التحاليل المخبرية المثبتة عالية التكلفة لدرجة اضطرار المرء في المعالجة العملية والوقائية إلى التخلّي عنها أصلاً، والاكتفاء بمعالجة المرضى بصورةٍ لا نوعية تماماً – حسب «طريقة الرمي رشّاً» كما يقال – دون أيّ تشخيص مفصّل. ويمكننا هنا اختزال الفارق بين الطب الغربي والصيني بعبارةٍ واحدة: قتل العوامل المسبِّبة مقابل دعم الوظائف الحيوية.

العلاج الدوائي الصيني على مثال مرض «الغريب»:

«لا بد أن عرضاً وتوصيفاً كاملين للأدوية الصينية سوف يتخطّيان إطار هذا الكتاب[77]. لا نودّ هنا سرد أكثر ما يمكن من التفاصيل والجزئيات حول الطب الصيني، وإنما عرض ما هو جوهري ومبدئي في منظومة هذا الطب ومقارنة إنجازاته مع الطب الغربي.

ولهذا الغرض يبدو أنه من المستحسن إلقاء الضوء من الناحية التشخيصية على مشكلة علاجية مفردة – الزكام الالتهابي الحموي – بصور شاملة، وتقديم تسلسل الإجراءات العلاجية حسب العلاج الدوائي الصيني.

الحرارة (calor) - من ناحية التشخيص التفريقي:

تُعتبر الالتهابات أو الحمّى، سواء في الطب الغربي أم الصيني، أعراض – حرارة (calor). ولكن لا يمكن بأيّ حال وضع تشخيص «الحرارة» بمجرّد إثبات وجود مثل هذه الأعراض. ويميِّز الصينيون حتّى في مرضٍ عالمي مثل «الغريب» أكثر من اثني عشر من الموجودات العامّة المتباينة كلّيّاً، والتي تقود، بديهيّاً، إلى مداواة أساسية متباينة كلّيّاً أيضاً، فيما إذا كان المرء يرغب في شفاء الاضطرابات بسرعة ودون نكس[78]. كل منّا يعرف أن الكثير من إصابات «الغريب» تترافق، إن لم يكن بحمّى واضحة، فباضطرابات الإحساس بدرجة الحرارة – المريض يقشعرّ من البرد، ويكون مفرط الحساسية تجاه التيار الهوائي، أو لديه تعطّش إلى الهواء، ويشعر بالحجرات المغلقة وكأنها غير مهوّاة أو دافئة أكثر من اللازم. ولكن ذلك كله عبارة عن أعراض مفردة لا يمكن علاجها بصورة منهجية ومباشرة، وإنما لا بد من كشف العوامل الكامنة وراءها عن طريق تشخيصٍ حقيقي – وعندئذٍ معالجتها.

لنفترض أن «الغريب» يصيب بالفعل أشخاصاً سليمين عموماً، أي ليس لديهم عدم استقرار أو عطوبية مزمنة ملفتة في الدوائر الوظيفية المصابة – الدارة الرئوية والمجاري التنفّسية مثلاً – عندئذٍ لا بد من اعتبار «الغريب» إصابة طازجة، حادّة، حديثة، تصيب بدايةً السطح، الخارج (species). وهذا ما يُستَدل عليه من إلقاء نظرة على اللّسان ومن جسّ النبض، عدا عن الأعراض الظاهرية. فإذا كان النبض السطحي سائداً بوضوح، وكان قويّاً كذلك، وكان احمرار

اللّسان ملفتاً، ولكن رطوبته طبيعية ولون الطلاوة أبيض، يتأكّد التشخيص – وسوف يحقّق الطبيب باستعمال الأدوية التي تفتح السطح (medicamenta liberantia speciei)، وهي التي تقترن جرعتها العالية بإحداث التعرّق؛ بينما تستعيد الجرعة المنخفضة إفراز الرطوبة الطبيعية تماماً من مسامات الجلد أو تحرّضه، أقول يحقّق الطبيب باستعمالها شفاء تامّاً.

ولكن، كما قلنا، لا بد له أوّلاً من كشف العامل الذي أدّى بالفعل إلى الاضطراب «الغريبي»، أي، بعبارة صريحة، الاتّجاه العام، الكيفية الرئيسة للانحراف، للسير المنحرف في هذا الشخص بالذات، إذ إن المهم في الموضوع ليس المنبّه المناخي، وليس الفيروس الناشط موضوعيّاً والقابل للبرهان، وليس الأعراض المفردة القابلة لكشفها تشخيصيّاً، وإنما المهمّ هو أيّة دوائر وظيفية خرجت عن التوازن ومدى هذا الخروج وفي أيّ اتّجاه – وذلك كما تعبّر كلمة «الانحراف» (Heteropathie) («السير المنحرف») بكل وضوح.

إذن فقد يتّضح أثناء تقييم الأعراض جميعها أن إصابة حموية ما تعبير عن انحراف – برودة (algor)، أو أن إصابة حموية مشابهة تماماً بالأعراض، وأصيب بها المرء في طقس بارد تماماً، هي، على العكس، تعبير عن انحراف – حرارة (calor).

ولتوضيح هذه الفوارق بشكلٍ مختصر نقول: إذا توفّر في موجودٍ قائم انحراف – برودة (algor) بصورة عامّة، فإن المريض يُبدي قشعريرة شديدة، وبالمقابل حمّى معتدلة. ويشكو من صداع، تيبّس في العنق، آلام جسدية منتشرة، ولا عطش لديه. ويكون نبضه سطحيّاً، ولكن بالكاد متسرّعاً، ولسانه رطباً أو زلقاً بشكل ملفت؛ وتكون طلاوة اللّسان بيضاء وقد تتسمّك بسرعة حسب شدّة المرض.

أما في انحراف – الحرارة (calor) فيكون الوضع مختلفاً: فالحمّى هنا أعلى بوضوح، أما القشعريرة فأخفّ وقد تغيب كلّيّاً. وهناك أيضاً صداع، ولكن ليس آلام جسدية منتشرة؛ وتكون ناحية العينين، بما فيها شرينات الصلبة، محمرّة بوضوح كثيراً أو قليلاً. ويحسّ المريض بالعطش. طلاوة اللّسان غير متسمّكة بشكلٍ ملفت، ولكنها تبدو ضاربةً إلى الصفرة.

تبعاً لكل ما نعرفه الآن، لا بد من معالجة هذين الاضطرابين المتشابهين تماماً بالأعراض الظاهرية، ولكن المتعاكسين كلّيّاً في عواملهما المرضيّة، بأدوية مختلفة كلّيّاً. وهذا ما يفسِّر انقسام

زمرة الأدوية الحالّة للسطح إلى قسمين: الأدوية الدافئة والأدوية الباردة. فانحراف – برودة (algor) في السطح (species) يعالج بالأدوية الدافئة، أما الأعراض ذاتها على أساس من انحراف – حرارة (calor) فتُعالج بالأدوية الباردة.

حل السطح (species) في موجودات - البرودة (algor):

الأدوية الدافئة الحالّة للسطح هي عشبة (Ephedrae) (وهي معروفة في الطب الغربي أيضاً كأحد الأدوية القليلة جدّاً التي تم تبنّيها مؤخّراً من الطب الصيني، ولكن في استطبابات مغايرة كلّيّاً وأكثر شموليةً وغير نوعية)، Ramuli Cassiae، أي أغصان شجرة القرفة. وتوجد في آسيا عدّة أنواع من شجرة القرفة متباينة جدّاً فيما يختصّ باحتياجات نموّها، وفي الصين هناك ثلاثة أنواع منها على الأقلّ. والأغصان المذكورة هنا لا يتم الحصول عليها من شجرة القرفة التي تمدّنا بقشرة القرفة المعروفة، والتي تلعب هي أيضاً دوراً مهمّاً في دستور الأدوية الصيني. ثم هناك عشبة Schizonepetae، وبعبارةٍ أدق، عشبة وبراعم زهر هذا النبات الذي ينتمي إلى عائلة شفويات الزهر؛ أوراق وساق Perillae وهو من العائلة ذاتها؛ وهناك مجموعة من أجزاء النباتات خيمية الأزهار (Umbelliferae) والأهم من بينها جذور Notopterygi (جناحيات الظهر)، جذر Ledebourillae وجذر حشائش الملاك (Angelicae) (وفي الحقيقة حشيشة الملاك dahurica أو حشيشة الملاك anomala – في حين أن حشيشة الملاك الصينية هي الأكثر أهمية في الصين، وتبدي تأثيرات مختلفة بوضوح)، وأخيراً جذر Ligustici الصينية. كما يندرج هنا أيضاً جذور وأزهار Magnoliae (المانوليا) وجذر الزنجبيل الطازج (Zingiberis)، وهي المعروفة لدينا. تتّصف هذه المواد جميعها بسلوك دافئ حيال درجة الحرارة وبمذاقٍ حارّ؛ وللكثير منها علاقة واضحة بالدارة الرئوية، وكذلك بدارتي الطحال والمعدة، بالدارة الكبدية وبالدارة الكلوية أيضاً – لذلك يتوقّف استخدامها الأمثل فرديّاً على الموجود المحدّد الملموس.

حل السطح (species) في موجودات - الحرارة (calor):

عندما يتبيّن بعد تشخيص مفصَّل أن ما تسمّيه العامّة ببساطة «غريب» ما هو إلاّ تأثير لانحراف – حرارة (calor) حادّ وحديث العهد، عندئذٍ تُستطبّ الأدوية الفاتحة للسطح (species) التي يتضمّن دستور الأدوية الصيني أيضاً مجموعة كاملة منها: هناك أولاً عشبة Menthae (النعنع)، نعنع arvensis، أوراق mori (أوراق شجرة التوت)، أزهار Chrisanthemi (أزهار الأقحوان)؛ ثم هناك مستحضر بذور الصويا، مستنبت بذور الصويا، وهما فول الصويا المحضَّر صيدلانيّاً، ويكون إما مخمَّراً بإضافة أدوية أخرى، أو مستنبتاً ثم مجفَّفاً، جذر Puerariae (نوع من البقول)، جذر Bupleuri (من عائلة خيميّات الأزهار)، جذر Cimicifugae (جذر عشبة البق المعروفة لدينا أيضاً، أحد نباتات كفّ السبع)، عشبة Equiseti (الكنباث أو ذنب الخيل)؛ وكعقارٍ حيواني: أغماد الشرانق المسلوخة لزيز الحصاد الغشائي – الجريبي ذي الحراشف؛ ولا ننسى أخيراً ثمرة الأرقطيون (Bardanae)، وهي بذور الأرقطين الشمالي (Arctium lappa).

وبالنسبة لاستعمال هذه الأدوية أيضاً، فإن التشخيص الفردي هو الذي يحدِّد أيّاً من هذه الأدوية، لوحده أو بالمشاركة مع غيره، يجب اختياره. وهذه الأدوية بصفة عامّة ذات مذاق حار، ولكن ليس بدرجة الأدوية السابقة؛ وتتّصف أوراق شجرة التوت بأنها مرّة وحلوة، وكذلك الحال مع أزهار الأقحوان. أما علاقة هذه الأدوية بالدارة الرئوية فليست قوية كما هي الحال في الزمرة السابقة.

الزنجبيل: التدفئة اللطيفة:

بعدما أصبح الزنجبيل يُباع اليوم في أيّ مكان من أوروبا الغربية أيضاً، إنْ في الأسواق أم في الصيدليات، ولهذا النبات وظيفة متعدّدة الجوانب للغاية في دستور الأدوية الصيني، بات من المفترض أن نتوقّف عنده قليلاً. من أجل تأثيره الفاتح للسطح (species) المذكور آنفاً، يُستخدم الزنجبيل في الصيدلية الصينية إما كجذر طازج أو كجذرٍ مجفَّف أو كجذرٍ مشويّ، وذلك مع تأثيرات واستطبابات متباينة تختلف بالفعل حسب الشكل المستعمل (أما الزنجبيل المسكَّر أو المعقود بالسكَّر فلا مكان له في الصيدلية الصينية). والقاسم المشترك لكافة أشكال تقديم الزنجبيل هو مذاقه الحارّ الذي يتمتّع بتأثير كاشف، حالّ، مُستنفر لـ qi، أي للطاقات الفاعلة، وما يختلف هو السلوك حيال درجة الحرارة: فالزنجبيل الطازج لا يُبدي سوى ميلٍ طفيف إلى الحرارة؛ الزنجبيل المجفَّف

يُبدي سلوكاً دافئاً والزنجبيل المشوي يبدي سلوكاً ساخناً حيال درجة الحرارة – لذلك لا يمكن استعمال الشكلين الأخيرين كتدفئة حذرة (tepefactio) لمعالجة موجودات – البرودة الداخلية (algor – intimae).

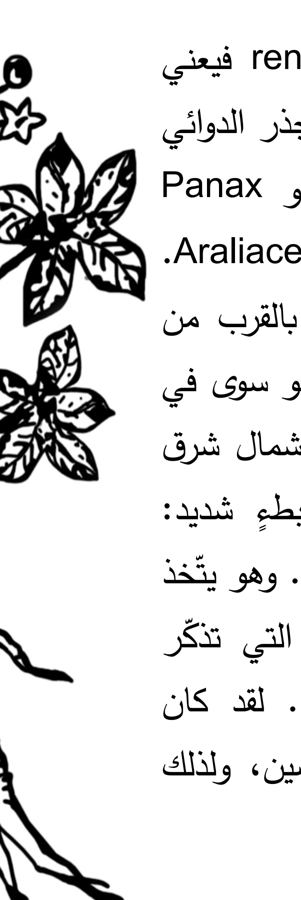
وتبرِّر علاقته الخاصّة بالدارات كثرة استخدامه في وصفاتٍ أخرى أيضاً؛ فالزنجبيل يدعم بالتحديد تلك الدارات التي تُجهدها الشدّة (stress) الخارجية وإيقاعات الحياة غير المنتظمة: الدارة الرئوية والدارتين الطحالية والمعدية. «يقوّي» الزنجبيل قدرة العضوية على تمثّل وإدماج المنبّهات والمؤثِرات الخارجية، بما فيها مؤثِرات التغذية.

ولا يزال عصير الزنجبيل، كمركّز لهذا التأثير، يلعب إلى اليوم دوراً في الصيدلية الصينية. لا بد أن نتأمّل أن 80 بالمئة من مجمل الإجراءات العلاجية في الطب الصيني تقوم على استخدام الأدوية، وأن معظمها يتم تناوله عن طريق الفم، عن طريق المجرى الهضمي، أي على شكل مغلي، مسحوق، أو حبوب. (بديهي أن الطب الصيني يعرف أيضاً الدهون، المراهم والعبوات المغلقة وغيرها من الأشكال الصيدلانية، ولكن مجال استعمالها يبقى أضيق بكثير، وذلك جراء تطبيقها الأبطأ، وفي بعض الأحيان الأصعب).

يعتبر الزنجبيل ألطف دواء لإيقاف الغثيان (inhibentium vomitus)، لذلك كان ولا يزال يُضاف إلى كافة الوصفات المستعملة ضدّ اضطرابات الوسط، أي وظائف التمثّل، الاضطرابات التي لا تترافق مع فقدان الشهية فقط، وإنما كثيراً ما تترافق أيضاً مع غثيان وميل متواصل إلى الإقياء. ويتمتّع الزنجبيل، عدا عن ذلك، بتأثير ضعيف موقف للسعال وتأثير ضعيف مقشِّع أيضاً. ولا يستفيد من ذلك الطب العلمي وحسب، وإنما الطب الشعبي أيضاً، لا بل حتّى فنّ الطبخ. فكثيراً ما يقوم التحمّل غير العادي للوجبات الصينية الحافلة المتناولة في آخر المساء، على إضافة متحفّظة، ولكن لا غنى عنها، للزنجبيل.

الجنسنغ (Ginseng): الدعم الموثوق للبنية ولطاقة الدفاع:

نجد الجنسنغ مذكوراً مسبقاً في Bencaojing؛ فهو، كدواء، معروف إذن منذ البدايات التاريخية لطبٍ منهجيّ في الصين. واسمه الصيني renshen، حيث يشير المقطع shen إلى



مجموعة كاملة من الجذور الدوائية، أما المقطع ren فيعني «إنسان»: فبالإمكان ترجمة هذه التسمية حرفيّاً بـ «الجذر الدوائي ذي الهيئة البشرية». أما اسمه في علم النبات فهو Panax ginseng C.A. Meyer ، وينتمي إلى عائلة Araliaceae. وأفضل مناخ لنموّه المناخ الرطب والبارد في آن، بالقرب من البحر في شمال المنطقة المعتدلة؛ ولذلك فهو لا ينمو سوى في نواحٍ قليلة من كوريا والأقاليم، المتاخمة في أقصى شمال شرق الصين. ويصل الجذر إلى حجمه القابل للجني ببطءٍ شديد: خلال فترة تمتدّ إلى سنوات، وعلى الأقلّ ست سنوات. وهو يتّخذ في هذا الوقت سائر الأشكال المضحكة الممكنة التي تذكّر بالهيئة البشرية، مع رأس وجذع وذراعين وساقين. لقد كان الجنسنغ في كل الأزمنة سلعةً نادرة حتّى في الصين، ولذلك فهي مرتفعة الثمن.

ونظراً إلى سعر الجنسنغ المرتفع وأهميته، لم تتوقّف محاولات البحث عن أدوية بديلة، ترسَّخ من بينها، منذ القرن الثامن عشر، جذر – Codonopsis tangshen Oliver من عائلة نباتات الأزهار الجرسية (Campanulaceae). وهو يمتلك بعض خواص جذر الجنسنغ المهمّة، وإن لم يكن كلّها، وشاعت زراعته اليوم في أواسط الصين.

الشكل **رقم** (9):

رسم لنبات الجنسنغ في Bencao gangmu. يسمح الجذر بالتعرّف على سماتٍ توحي بالهيئة البشرية.

نود أن نشدّد منذ الآن على أن الجنسنغ لم يُنظر إليه في أيّ وقت، حتّى في طب الصين الشعبي، فما بالك في الطب العلمي، على أنه «عقار – معجزة»، أو حتّى مجرّد دواء مطيل للحياة «عقار الحياة المديدة». صحيح أن الطب الشعبي، وخصوصاً التاوية في توجّها السحري – الخيميائي[79] عرفت بالتأكيد أدويةً للحياة المديدة، كانت، إلى جانب المنتجات الاصطناعية

الخيميائية مثل مركّبات الزئبق، فطوراً مختلفة من نوع Ganoderma بالدرجة الأولى، وأُخضعَت مجدّداً في الزمن الحديث لدراسة دوائية وصيدلانية تبعاً لمعايير العلم الغربي. إلاّ أن الجنسنغ لم يكن في أيّ وقت يتمتّع بمثل هذه السمعة في شرق آسيا.

تبعاً لتصنيف دستور الأدوية الصيني ينتمي جذر الجنسنغ إلى زمرة الأدوية الإمدادية (medicamenta supplentia)، وبعبارة أدق supplentia qi، وهي الأدوية التي تقوم بإملاء احتياطيات الاستقامة من ناحية مكوّناتها الفاعلة. ويوصَف الجنسنغ بصورة عامّة بأنه مادّة تشجِّع على تحرير الطاقة الفاعلة (qi)، وتزيده وتسهِّله.

في الواقع إذا تأمّلنا التعريف الدقيق للتأثير الدوائي تبعاً للأعراف الكيفية لعلم الأدوية الصيني، فلا بد من تدقيق مثل هذا التأثير العمومي بصورة شديدة. إذ ينصّ ذلك التعريف على أن جذر الجنسنغ يكمِّل الـ qi الأولي بشكلٍ ممتاز، وذلك بدعمه وتوطيده للطاقة الكامنة المتاحة بنيوياً. ويتم حصر هذه المقولة العامّة جدّاً وتحديدها من خلال العلاقة بالدارات: فجذر الجنسنغ يمارس تأثيره، بناءً على مذاقه الحلو خفيف المرارة، بشكل أساسي على الدارة الطحالية والدارة الرئوية وعبرهما. «يمدّ جذر الجنسنغ الدارتين الطحالية والرئوية بالطاقة»؛ «يحرض على إنتاج العصارات الفاعلة)؛ «يهدِّئ».

نعلم من التخطيط الأيقوني للدارات، وقد ذكرنا تكراراً فيما سبق، أن الدارة الطحالية، المطابقة لطور التحوّل – الأرض، تعمل كـ «جهة توسّط»، كدائرة وظيفية دامجة وحاملة لكل نوعٍ من تمثُّل وتحويل الطاقة الغريبة إلى طاقة ذاتية. وهي تُعتبر من هذه الناحية مقرّاً لـ «البنية المكتسبة» (qi ascitum)، وبعبارة أخرى: مقرّاً لسائر العادات، الوضعيات (وكذلك الخاطئة منها) المكتسبة عن طريق العادة. إن ضعفاً في الدارة الطحالية يعني على الفور ضعفاً في كفاءة التمثُّل، نشاطاً حيويّاً متناقصاً: لا يعود بإمكان الفرد هضم ما يصل إليه – لا يعود بإمكانه إكمال وتجديد خساراته الطاقوية عن طريق تمثُّل الطعام المتناول والانطباعات المتلقّاة.

وبالمقابل تُعتَبر الدارة الرئوية بدئيّاً جهة توقيع كافة الحدثيات الحيوية. فهي تقوم بالتقسيم والتوزيع المناسبين للبواعث والدوافع داخل الفرد. والتمثيل (البدني) (perfectio) الكامل للدارة الرئوية هو الجلد. فالجلد مقرّ طاقة الدفاع. إذن تمثّل الدارتان الطحالية والرئوية، مجازياً، الخطّ الدفاعي الأكثر تقدّماً لدى الفرد، ضدّ كافة المؤثرات الخارجية؛ وعن طريق استعمال جذر الجنسنغ

يتم دعمهما وتعزيزهما. وهكذا تتوضّح استطبابات محدّدة تماماً لاستخدام هذا الدواء، ألا وهي استنفاد qi بصفة عامّة، والذي يتجلّى بنبض «متضائل» أو «رقيق أو غضّ»، تنفّس ضعيف، سطحي ولاهث، تعرّق متواصل مع برودة أطراف – وذلك بعد خسارات شديدة في العصارات أو الدم. **استنفاد الدارة الرئوية:** تنفّس سطحي خاطئ ويخرج عن الإيقاع لدى أقلّ جهد، وبالتالي تناقص قابلية الإجهاد، تعب سريع. **استنفاد الدارة الطحالية:** ضعضعة وهن عام، فقدان شهية، توتّر في البطن؛ إسهال مزمن في بعض الأحيان. قد يكون من المفيد في الأعراض المذكورة استعمال نوعية جيّدة من جذر الجنسنغ، مع العلم أن الطبيب الصيني لا يعتمد أبداً على الجنسنغ لوحده وإنما يستكمل علاجه، تبعاً للموجود الفردي، بأدوية أخرى ذات اتّجاه مشابه في تأثيرها، مثل جذور Atractylodis، أو ذات اتّجاه مغاير مثل الـporia. ولكن في حال كون الاضطرابات المذكرة لا تقوم على الاستنفاد (inanitas)، أي أن المريض، وإنْ كان سريع التعب أو واهناً، إلاّ أن تنفّسه مسموع بوضوح (نبضه ليس مُستنفداً أو مُنهكاً»، بل نشيطاً، أي حركيّاً أو حتّى ممتلئاً)، فإن الجنسنغ لا يكون عاجزاً عن تحسين حالته وحسب، وإنما لا بد أنه سيزيدها سوءاً لفترةٍ قصيرة أو طويلة.

صحيح أن القاعدة الذهبية لتجار الصين كافة، والقائلة إنه لا يجوز للمرءِ أبداً إجبار الزبون على شراء سلع لا يبتغيها، تنطبق على الصيادلة الصينيين أيضاً، ولكن هؤلاء كانوا ولا يزالون يسعون إلى زيادة أرباحهم. وهكذا فقد كانوا يعرفون أن الطبقات الميسورة، الموظّفين، وقبل كل شيء النساء والمسنّين، كثيراً ما يبدون في السنوات المتقدّمة من العمر، ونتيجة الطعام الوافر وقلّة الحركة، ذلك النوع من الاستنفاد (inanitas) الذي يمكن التأثير فيه على نحو رائع باستعمال جذر الجنسنغ، هذا الدواء غالي الثمن الذي يدرّ ربحاً. وهكذا كانت الصيدليات تقوم بالدعاية بعبارات مثل: «الفصل القاسي من السنة يقف على الأبواب؛ قوّوا أنفسكم لمقاومة ضرباته! تناولوا أدويتنا المكمِّلة التي تملأ احتياطياتكم من الطاقة!». وبطيف تأثيراته غير القليلة، يتصدّر الجنسنغ بجدارة هذه الأدوية المكمِّلة (supplentia) التي تمدّ بالطاقة.

وفي القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين أخذ استعمال الجنسنغ كدواء يتزايد أكثر فأكثر بين الخدم، صغار الموظّفين، العمال المهنيين، وحتى بين الفلاحين، ولكنه حتّى اليوم لم يتحوّل إطلاقاً إلى «دواء – موضة» أو حتّى إلى «مادّة تُعنى بالصحّة». ولم يُمدح الجنسنغ سوى أمام

«الشياطين الأجانب» المغفَّلين والسذَّج، وذلك على أنه دواء للطاقة الحيوية الضائعة، يزيد من الطاقة (الجنسية) ويُطيل الحياة، عندما يناوله المرء يومياً، وأن ذلك لا غنى عنه خصوصاً بالنسبة للأشخاص الذين تجاوزوا منتصف العمر.

المعالجة الخارجية
المعالجة بالإبرة أو المخاريط المحترقة
المعالجة بالإبرة والتسـخين النقـطي

تحت اسم المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي (Aku–Moxi–Therapie) تُجمَع طرق الطب الصيني التي تمارس تأثيرها على اضطرابات الدوائر الوظيفية عبر الخارج (species)، عبر السطح، عبر طرق التوصيل. ويُعتبر الوخز بالإبر في الوقت نفسه الطريقة الوحيدة من الطب الصيني المعروفة عامّةً في الغرب اليوم، رغم أنها تطبق لدينا عملياً لمعالجة الأعراض فقط.

وقد كنّا عرضنا سابقاً عيوب الوخز بالإبر الممارس في الغرب: وتقوم هذه العيوب على الاعتقاد الخاطئ بأن الوخز بالإبرة عبارة عن تقنية تجريبية بحتة دون أيّة خلفية نظرية مهمّة. والواقع أن الوخز بالإبر في الغرب يبني على الافتراضات والشروط التي يقوم عليها الطب الغربي.

من المؤكّد أن الصينيين أنفسهم مساهمون في انتشار مثل هذه الأخطاء. فتعليم الوخز بالإبر في شرق آسيا، في الماضي واليوم أيضاً، قلما كان رهناً على الأطبّاء ذوي التأهيل الجامعي العام، كما هي الحال عندنا مثلاً فيما يتعلّق بممارسة التدليك أو الرياضة الطبية. وأكثر من ذلك، فالغالبية العظمى من أولئك الذين يطبقون الوخز بالإبر في شرق آسيا – أكانوا عمالاً زراعيين اتبعوا تدريباً كممرِّضين، ما يُسمّى بـ «الأطبّاء الحفاة»، أم كانوا اختصاصيي وخز بالإبر محترفين لم يتعلّموا سوى هذه المهارة فقط، وذلك لدى معلّمٍ، مثل تعلُّم أيّة حرفة يدوية، أم كانوا أطبّاء درسوا الطب الغربي ويهتمّون بهذه التقنية التقليدية – هؤلاء جميعاً قلّما درسوا الخلفيّات النظرية للوخز

بالإبر، وهذا يعني الخلفيّات التشخيصية أيضاً، شأنهم شأن من يتعلَّم قيادة السيارة، والذي يتعلّم القيادة والتحكّم بالمقود، ولكنه يكاد لا يعرف حتّى عموميات ميكانيك السيارة.

ومع ذلك فثمّة فارق بين أولئك الذين يمارسون مثل هذه المعالجة المتخلّفة بالإبرة والتسخين النقطي في شرق آسيا من جهة، ومقلّديهم الغربيين من جهة ثانية. فالوخز بالإبر شائع في الصين لدرجة أن كل صيني عمليّاً قادر على الحكم فيما إذا كان يُعالج من قبل خبير متمكّن أو من قبل متطفّلٍ جاهل.

علاوة على أن الصينيين مدركون دوماً للحدود الضيقة للوخز بالإبر.

يُعتبر الوخز بالإبر طريقة لتصريف الفيض في الطاقة من طرق التوصيل، لتبديد احتقانات الطاقة، وفي كل الأحوال لتحويل الطاقة من مجال الفائض إلى مجال النقص فيها. صحيح أن التسخين النقطي (moxibustion)، أي حرق مخاريط عشبة حبق الراعي (Artemisia vulgaris) فوق نقاط التنبيه، يمكن اعتباره طريقة إكمال أو إمداد بالطاقة (suppletio)، ولكنه عبارة عن إمدادٍ عابر جدّاً، ولو أنه مكثّف، بطاقة Yang فقط. عندما تكون هناك موجودات موافقة، تتناسب معها إمكانات الوخز بالإبر كما يتناسب المفتاح مع القفل، غالباً ما يمكننا توقّع شفاء تام وسريع عن طريق الوخز بالإبر الصحيح. ولإثبات ذلك يحتاج الأمر إلى تشخيصٍ مناسب أو إلى مجرّد التجريب. ولكن التجريب لا علاقة له بالعلم، ولا حتّى بالممارسة النزيهة للطريقة. ومن هذه الوجهة لا بد من الحكم بتحفّظ بالغ على ما يقدّم اليوم خارج شرق آسيا على أنه وخز بالإبر.

ومع أن أقدم جمعيات الوخز بالإبر الأوروبية كانت قد تأسّست قبل الحرب العالمية الثانية، وأن شرذمة صغيرة من الأطبّاء سعت دوماً وبذلت جهدها من أجل تعليمٍ شامل ومستفيض، على الأقلّ من وجهة النظر التقنية، فإن الطب الأكاديمي، بالاشتراك مع روابط المهتمّين من الأطبّاء، يشجّع وضعاً من الهواية وعدم التخصّص، لا يكاد بالإمكان الردّ عليه.

وقبل زمن ليس بطويل، أصدرت هيئة علمية، لم يتلقّ معظم أعضائها أيّة معالجة بالوخز بالإبر شخصيّاً، ولم يطبّقوها على مريض ما على الإطلاق ولم يكن لدى أيّ منهم حتّى ولو تصوّرات أوّلية عن الأسس النظرية للطب الصيني، أصدرت حكماً رسميّاً، أي أنه مُلزِم وواجب الاحترام علناً، بأن: «الوخز بالإبر طريقة أسسها العلمية غير موضَّحة. ومن هنا فهي حكر على

الطبيب». ولا يُستخلص من مثل هذا الموقف، والذي كثيراً ما يُستشهَد به ويُعلَّق عليه، سوى أن من يرغب في ممارسة الوخز بالإبر كطبيب، له الحق في تجريب ذلك، إذ لما كان الوخز بالإبر، حسب رأي هؤلاء الذين يسمّون أنفسهم خبراء، لا أسس علمية له قابلة للتعليم، فإنه من غير الممكن أيضاً أن توجد شروط ومقدّمات قابلة للتعليم من أجل تطبيق الوخز بالإبر.

حتى الطب الأكاديمي الذي يتحسّس الوخز بالإبر بحياء، يفعل ذلك براغماتياً ومجرِّباً في ظلّ تحاش صريح لأيّ تأسيس أو تدعيم عقلاني بالحجج. لذلك لا بد لنا، وحتى إشعار آخر، أن نؤكّد أن الوخز بالإبر، وجراء هذا الموقف المتكبِّر، وخصوصاً من قبل الأطبّاء، يمارس خارج شرق آسيا بصورةٍ أكثر ركاكة إلى حدّ بعيد، وغالباً أقلّ صواباً منها في الصين، وذلك من قبل بعض ممارسي الوخز بالإبر الجهلة نظريّاً، ولكنهم يعرفون حق المعرفة حدود عملهم.

جولة تقنية حول الوخز بالإبر

بعد أن باتت تقنية الوخز بالإبر تُقدَّم اليوم في الغرب ضمن آراء وعروض مغامرة فعلاً في بعض الأحيان، وذلك حتّى في الكتب التعليمية واسعة الانتشار والمكتوبة خصّيصاً للأطبّاء، فإنه لا غنى عن استعراض هذه التقنية، تقنية الوخز بالإبر، بشكل موجز.

بدايةً لا بد من إيجاد النقطة أو النقاط التي يُحتمل وخزها. (تعرِض الصور التي تستخدمها تقارير الوخز بالإبر كمحطّ أنظار عادةً، مرضى تمت توشيتهم بالإبر. ولا بد أن يستنتج منها القارئ أنه في المعالجة بالوخز بالإبر يتم وخز الكثير من الإبر في الوقت نفسه. كما أن العكس يصحّ أيضاً. إن معالجة اضطراب ما لا تحتاج سوى إلى وخز بضعة إبر، وغالباً ما تكفي إبرة واحدة، وعلى أبعد تقدير أربع أو خمس إبر في الوقت نفسه. ومن اختبر شخصيّاً جلسات المعالجة بالوخز بالإبر من قبل ممارس متواضع المقدرة ومن قبل آخر متمكّن ومُجيد، باستطاعته أن يؤكّد أنه ليس فقط بالإبرة الموخوزة خطأ، أو كثرة الإبر الموخوزة غير الضرورية، بل إنه حتّى إبرة وحيدة زائدة عن اللزوم تضعف تأثير الإبر الموخوزة قبل ذلك بصورةٍ صحيحة وفي المواضع الصحيحة، أو حتّى تحيِّده). إذن يجب أولاً تحديد النقاط التي ينوي المرء وخز الإبر فيها.

ولهذا الغرض يتوافر عندنا، منذ بضعة عقود، أطالس وخز بالإبر ولوحات جدارية يعرفها المرء من عيادات أطبّاء الوخز بالإبر: مناظر مختلفة للجسم البشري يمكن التعرّف فيها على العلاقات التشريحية، الواقعة تحت الجلد – وضعية العظام، مسير الأوعية والأعصاب، مواقع الأعضاء – ومرسوم عليها طرق التوصيل مع نقاط الوخز بالإبر العائدة لكلّ منها.

فوق ذلك، فقد جرى في هذه الأثناء تطوير أجهزة إلكترونية للتفتيش عن النقاط: إذ يُفترض بقلم شبيه بقلم الحبر، له مسبار في ذروته، وقبضة تمثّل القطب المعاكس، يمسكها المريض، أن يحدِّد مواضع النقاط الداخلة في الحسبان بدقّة ميلليمترية. يجري في الجهاز تيار ضعيف يمكن قياس شدّته. ويستفيد المرء هنا من الحقيقة الثابتة أن المقاومة الكهربائية في نقاط الوخز بالإبر، في حالة عدم استقرارها أو عطوبيتها الشديدة، تكون أقلّ بالمقارنة مع الجلد المحيط. ورغم أنه جرى تحسين هذه المساعدات التقنية بوضوح في العقود الأخيرة، إلاّ أن المرء لا يمكنه الوثوق بها بصورة عمياء. فالقياس الحاصل يتأثّر بشكلٍ حاسم بتوزّع الرطوبة المتباين على الجلد، أو بطبقات الدهن الطبيعية أو المدهونة بشكل مُفتعل. ولذلك فإن هذه الأجهزة، وإن كان بإمكانها تيسير البحث عن النقاط والحكم على جدارة المعالجة، إلاّ أنها ليست معدّات أمينة، بل هي مجرّد وسيلة مساعدة في أفضل الأحوال.

يقوم المعالجون بالوخز بالإبر الصينيون منذ 2000 سنة بتعيين المواضع الدقيقة للنقاط بصورة أكيدة بطريقتين: أولاً باستعمال النسب الطبيعية، وثانياً بالجس الإصبعي. من يتأمّل لوحة صينية قديمة للوخز بالإبر (انظر الشكل رقم 4) سيجدها، من وجهة النظر الحالية، بدائية للغاية. ولكن البشر في الأزمنة القديمة كانوا يستهدون بها على أفضل وجه ممكن، ذلك أنه لا يفترض بهذه الخرائط أن تبيّن سوى علامات محدّدة بين الطرق والممرات، ولا يفترض بها أن توضّح التفاصيل إلاّ بقدر ما تخدم كـ «نقاط علاّم مميّزة». ولا يطلب من لوحات الوخز بالإبر غير ذلك. فالمهمّ في الموضوع هو التعرّف مثلاً على النحو الذي تتعاقب فيه النقاط على خطّ واصل بين نقطتين توجيهيتين، بين ثنية جلدية وبروز عظمي على سبيل المثال، وعلى الفواصل النسبية بين هذه النقاط. عندما يجسّ المعالج على طول هذه الخطوط، فإنه سيشعر أنه وصل إلى نقطة ما. ويمكن إدراك الكثير من النقاط بالجسّ – ومعظمها يقع على الظهر، على الأطراف وفيما حول المفاصل–، وذلك كتجويفاتٍ مرنة محسوسة أو، بصورة أندر، كقساواتٍ أو عقيدات في بقعةٍ هي عادةً مرنة بصورة منتظمة. ويصحّ هذا خصوصاً عندما تكون الوظيفة الجارية في هذه النقاط غير مستقرّة، وإذا أردنا استخدام المصطلحات الصينية نقول: عندما «تتحرّك» هذه النقاط (shidong). ثم هنالك إحساس المريض أيضاً. وتنعكس اضطرابات بعض الدوائر الوظيفية في حساسية مرتفعة على الضغط في نقاط التنبيه الموافقة، وقبل كل شيء في المحثّات الظهرية (inductoria

dorsalia). ويمكن تسخير هذه الحساسية المحدَّدة بدقّة على الضغط، من أجل التشخيص والتعيين الدقيق للنقاط.

ومع ذلك يبقى عدد من النقاط التي لا يمكن تحديد مكانها بصورة أكيدة عن طريق حسّ اللمس لدى المشخِّص أو جراء حساسية الضغط المرتفعة مرضيّاً لدى المريض. وهي عبارة عن بضع نقاط في الأطراف، وقبل كل شيء على الوجه الأمامي للجذع وعلى البطن. لا يمكن تحديد مكان هذه النقاط إلاّ بالقياس، ولا يُقصد بـ «القياس» هنا قياس يتم بشريط القياس المدرَّج مثلاً، وإنما الفواصل أو المسافات الفردية التي يتم تسجيلها لدى المريض المعني انطلاقاً من أبعاده الجسدية، والتي تفصل النقطة المفتَّش عنها عن نقاط توجيهية صريحة، ولتكن نواتئ عظمية مجسوسة على سبيل المثال. وفي وخز الجمجمة بالإبر يستعين المرء أحياناً بأشرطة قياس([80] وأقلام ملوّنة لتحديد مواضع النقاط الحرجة بصورة أكيدة.

أما بالنسبة للإبر ذاتها فيستخدم الوخز الصيني على الدوام إبراً من الفولاذ فقط دون غيرها. وتتوفّر الإبر بمختلف الأطوال والسماكات. والإبرة الأكثر استعمالاً تبلغ سماكتها ¼ ملم تقريباً وطولها من 1– 1½ بوصة (بدون القبضة)، أي من 2.5–4 سم تقريباً. ولكن هناك إبر تتراوح أطوالها من نصف بوصة حتّى 30 سم.

أما فيما يتعلّق بتقنية الوخز وعمقه في كل نقطة، فهما مذكوران بدقّة بالغة بناءً على خبرة ترجع لأكثر من 2000 سنة. وقد يصل عمق الوخزة من جزء من الميلليمتر إلى عشرة سنتيمترات – في منطقة البطن. إلاّ أن القاعدة هي عمق وخزة مقداره من واحد إلى اثنين سنتيمتر. ويجري إدخال الإبرة، تبعاً للتقنية الصينية الكلاسيكية، بشكلٍ مستقيم أو مائل قليلاً، حيث يتم بإبهام وسبابة اليد اليسرى توجيه الإبرة، وبإبهام وسبابة اليد اليمنى إما وخزها بدفعةٍ سريعة، ولكن برقّة، أو دفعها ببطء مع التدوير، وذلك تبعاً للغرض العلاجي. وفي هذه الأثناء يكون التلقيم الراجع الشعوري للواخز مهمّاً: فهو يلاحظ من خلال المقاومة المميّزة وصوله بالإبرة إلى العمق الصحيح. والرقابة الأخرى هي إحساس المريض. وباستثناء نقاط قليلة، في أخمص القدم أو عند أصابع اليدين والقدمين مثلاً، فإن وخز الإبر، حتّى العميق منه، كما هي الحال في الأنسجة الرخوة للبطن أو عند الشقوق المفصلية على «سبيل المثال، والمنفَّذ بشكل صحيح، غير مؤلم عمليّاً – ولا يظهر ما يُسمَّى بإحساس «ملاقاة qi»، أي «الطاقة الملاقاة» (deqi)، إلاّ في المكان الذي يتم فيه بلوغ

العمق الأمثل وهذا الشعور قليل الألم، والأقرب إلى كونه شعوراً لطيفاً بالنسبة للمريض، والمترافق غالباً بتخفيفٍ فوري للأعراض الأخرى، يفتر بعد مضي خمس إلى ست دقائق من وخز الإبرة. وعندئذٍ قد يكون من المستحسن إعادة رفع الإبرة لاستعادة هذا الإحساس ثانية.

تبقى الإبرة مغروزةً في مكانها لمدّةٍ تتراوح عادةً بين 15 إلى 30 دقيقة، وبعد ذلك يمكن رفعها دون ألم، أو أنها ستسقط من تلقاء نفسها.

حرق مخاريط الاحتراق على نقاط التنبيه: التسخين النقطي:

يُعتبر حرق مخاريط عشبة حبق الراعي (Artemisia) على نقاط التنبيه (foramina) طريقةً مساوية بالأهمية للوخز بالإبر ومكمِّلة له في كل الأزمنة، وتُجمَع معه في الصين تحت اسم واحد (المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي: Aku–Moxa–Therapie). وتُستعمل هذه المخاريط لأغراض علاجية في حجومٍ ثلاثة. المخروط الأصغر يكون بحجم جبة القمح أو بحجم نصفها تقريباً. لذلك توضع مثل هذه المخاريط الصغيرة على نقطة التنبيه المعنيّة بواسطة ملقط، ويتم إشعالها بعيدان البخّور. وينتهي احتراقها خلال جزءِ من الثانية. ولا يسبّب تكرار حرق هذه المخاريط الصغيرة جدّاً على الموضع ذاته أيّ حرقٍ في الجلد. المخاريط متوسّطة الحجم لها حجم حبة البازلاء تقريباً، ويتم تطبيقها وإشعالها بالطريقة ذاتها، وتخلّف وراءها احمراراً واضحاً، ولكن تطبيقها لمرةٍ واحدة لا يسبّب أيّ حرق.

أما مخاريط الاحتراق الكبيرة فتكون بحجم حبة الكرز. ولا تُطبَّق أبداً على نقطة التنبيه مباشرةً،وإنما فقط بعد عزل هذه الأخيرة بمفرشٍ ما، وعادةً بقرصٍ من الزنجبيل الطازج أو الثوم الطازج أو، في بعض النقاط كالسرّة مثلاً، بكومة صغيرة من الملح. ويمكن إشعال هذه المخاريط بشمعة ثم وضعها بواسطة عصي الأكل الصينية أو بواسطة ملقط على المفرش. ويُطلب من المريض إعطاء إشارة عندما يشعر بالسخونة.

وعندئذٍ يتم انتزاع المخروط فوراً، والذي لا يكون في بعض الحالات قد احترق حتّى المفرش. بغض النظر عن المخاريط الكبيرة التي تُحرَق بصورةٍ متكرّرة على الجلد مباشرة، وبالتالي تُحدث حروقاً حقيقية – تأثير ومقصد علاجي يبدو أنه قابل للمقارنة مع الكيّ الممارس من قبل الطب

الغربي القديم([81]–، فإن كافة مخاريط الاحتراق ألأخرى تُحدِث تسخيناً متقطّعاً شديداً كثيراً أو قليلاً في نقطة التنبيه.

ويبقى أن نلاحظ أن كافة الكتب التعليمية الصينية تذكر بالنسبة لكل نقطة ما إذا كان يجوز وخزها وتسخينها، أم وخزها فقط أم تسخينها فقط، وضمن أيّة حدود تتراوح شدّة التسخين.

الإشكالية السياسية ـ الصحّيّة للوخز بالإبر:

منذ أصبح الوخز بالإبر، في بداية السبعينيات، «موضة» في كافة البلدان الغربية عمليّاً، قام العديد من الأطبّاء، بل من المعالجين غير الأطبّاء أيضاً، بتطبيق هذه الطريقة مقدمين العون للكثير من المرضى. ومنذ ذلك الوقت، تعلو من حين لآخر، في المجلات الطبية، وفي الصحف العامّة أيضاً، أصوات تؤيّد حظر الوخز بالإبر أو تطالب بعدم السماح بممارسته سوى للأطبّاء المجازين فقط. وتستند المطالبة بالحظر غالباً إلى أن الطريقة تقوم على الإيحاء فقط دون غيره، وأنها غير فعّالة، وأن الوخز العشوائي للإبر قد يؤدّي إلى أذيّات شديدة، بل حتّى إلى الموت.

إن مَن فهم المنهج العقلاني للطب الصيني، ولو في خطوطه العريضة، ومن تحقّق شخصيّاً، بالمعايشة السريرية أو بالتجربة الذاتية، من التطابق الدقيق بين التأثير المتنبّأ به والتأثير الحاصل، فإنه ليس بحاجة للإشارة إلى أن تطبيق الوخز بالإبر على فاقدي الوعي وعلى الحيوانات الأليفة يبدي تأثيراً دقيقاً وسريعاً، وذلك لدحض حجّة الإيحاء هذه. أما فيما يختصّ بخطر الأذيات، فلا أحد ينكر أن التطبيق المستهتر للإبر قد يتسبَّب بأذيات مؤلمة، وخطيرة في بعض الأحيان. إلاّ أن من ينادي بحظر الوخز بالإبر على ضوء مثل هذا الخطر أو على ضوء الاستشهاد بإصابات علاجية وقعت فعلاً، عليه أن يدرك أن التأهيل في الوخز بالإبر لدينا متروك للصدفة الأكاديمية وللمبادرات الفردية دون ضوابط: فالتأهيل في الأسس النظرية للطب الصيني خارج الصين ليس مادّة اختيارية يُمتحن بها الطلاب ولا حتّى مادّة إجبارية. وتعليم الوخز بالإبر يتم دون أيّ تأهيل نظري عالٍ، ودون أيّ امتحان ذي معايير، وذلك من قبل أشخاص تعلّموا بأنفسهم في أحسن الحالات، ويقومون بنقل ما أمكنهم استقاؤه من مصادر عارضة في الغالب، وتجريبه بأنفسهم في غضون بضع سنوات. والحق أن من يراقب، على مدى عدّة سنوات، عدداً كبيراً من واخزي الإبر

أثناء عملهم، سوف يخشى من بطلان المعالجة أكثر من خشيته من الأضرار الصحّيّة أو أذيّات المرضى. فانطلاقاً من عدم ثقتهم بمعرفتهم يقوم عدد كبير من واخزي الإبر، ومنهم من يعمل في مشافي لها وزنها وسمعتها، بالوخز بشكل سطحي تماماً وبلا تفريق. وبعضهم ينتزع الإبرة بعد وخزها مباشرةً. وبعضهم يتحوّل إلى طرق بديلة مثل الليزر النقطي (Laserakupunktur) أو الضغط النقطي (Akupressur). صحيح أن مثل هذه الاجتهادات لا تخلو، بالتأكيد، من نجاحٍ علاجي، ولكن المرء لا يستطيع التنبّؤ بنجاحها ولا الحكم عليه.

بذلك نصل إلى استعراض تلك الطرق التي لم يجر تطويرها إلاّ في القرن العشرين، بتحريضٍ من الوخز بالإبر. ومن بين هذه الطرق، نرى أنه من الضروري أن نعرض، وبشكل مختصر، لكل من: التسكين بالوخز بالإبر (Akupunkturanalgesie)، الوخز بالإبر الأذني (Aurikulotherapie)، الوخز بالإبر الكهربائي (Elektroakupuktur)، الليزر النقطي (Laserakupunktur) والضغط النقطي (Akupressur).

التسكين بالوخز بالإبر (Akupunkturanalgesie):

لا يرى الكثير من الأطبّاء والمرضى أيّ فارق بين الوخز بالإبر العلاجي والتسكين بالوخز بالإبر، لا بل يعتبرون أن هذا التسكين بالوخز بالإبر هو الوخز بالإبر بالمطلق. وذلك خطأ ما بعده خطأ. فالتسكين بالوخز بالإبر – تلك هي الترجمة الدقيقة للكلمتين الصينيتين: Zhenci masui – لا يشترك غالباً مع الوخز بالإبر الكلاسيكي المستخدم لأغراضٍ علاجية فقط دون غيرها، سوى بأنه يتم فيه أيضاً وخز إبر. وما يميّزه تنبيه أشدّ للإبر بما لا يُقاس عادةً، وكذلك الاستقلالية المتزايدة باستمرار، في اختيار النقاط، عن علم الثقوب الصيني (Foraminologie)، وأخيراً اختيار النقاط الذي لا يمكن تعليله بأيّة نظرية أو خبرة صينية. في بدايات التسكين بالوخز بالإبر كان تنبيه الإبر في الصين يتم باليد، أي بتدويرها أو بإدخالها وإخراجها بشكلٍ متواصل. ومع تهذيب التقنية وتوسيع إمكاناتها سرعان ما استبدل المرء التنبيه اليدوي بالتنبيه الكهربائي. حيث يُطبَّق على الإبر تيّار مستمرّ، ضعيف أو معدَّل التواتر، منتظم الشدّة. والتنبيه الحاصل على هذا النحو يعادل دوماً أضعاف مضاعفة، تصل في الحالات القصوى إلى مئات آلاف أضعاف التنبيه المنطلق من إبرة موخوزة بشكل عادي.

صحيح أن المرء في الصين كان في البدايات يتوجّه، لدى اختيار النقاط من أجل التسكين بالوخز بالإبر، تبعاً للثقوب (foramina) الموجودة والمعروفة، ولكنه لم يكن يختارها بناءً على علاقتها بدائرة وظيفية معيّنة، وإنما فقط بناءً على علاقات توبولوجية أو صلات مع ناحية معيّنة.

أخيراً يختلف التسكين بالوخز بالإبر عن الوخز بالإبر العلاجي في تعليل تأثيره، والذي لم يسبق التجارب الأولى للطريقة، وإنما جرى إبرازه لاحقاً وبصورة تدريجية بمساهمة كل من الأطبّاء الصينيين والأطبّاء الغربيين. وهو عبارة عن تعليلٍ عصبيّ صرف، تبعاً للقطاعات العصبية، وبالتالي فهو مبنيّ على معارف ونماذج تفكير غربية.

ويتم في الصين، كما في الغرب، إجراء العمليات الجراحية الكبيرة، مثل قطع أو استئصال أعضاء بكاملها، عمليات القلب، عمليات الدماغ ...إلخ، تحت تسكينٍ بالوخز بالإبر صرفٍ أو مشارَك، حيث تُستعمل المسكنّات الكيميائية بالمشاركة مع الإبر. وتبلغ شدّة التنبيه الكهربائي للإبر في كل حالة الحدود العليا لتحمّل المريض.

وشأن التنبيهات الكهربائية بالمقارنة مع التنبيه العادي للإبرة العلاجية الموخوزة كشأن صوت مطرقة الضغط الهوائي بالمقارنة مع طنين النحلة. وبالتالي فهي تتميَّز، تبعاً لروح الطب الصيني، بطابعها غير النوعي والمنتشر بشكلٍ مفرط: ففي حين أن التنبيه العلاجي للإبرة يكاد لا يغيِّر الوظائفالقابلة للقياس، أو أنه لا يغيّرها إطلاقاً، وإنما يغيّر فقط، وبصورة طفيفة، الوظائف القابلة للاختبار والمعايشة الحسّيين، يغمر التنبيه التسكيني للإبر أجزاء كبيرة من الإدراك الحسّي. ومن هذه الناحية يبدو أنه من المشروع فعلاً تفسيره ومتابعة تطويره انطلاقاً من علم الأعصاب الغربي فقط.

الوخز بالإبر الأذني (Aurikulotherapie):

ما قيل عن التسكين بالوخز بالإبر ينطبق أيضاً، وبإحكامٍ أكبر، على طريقةٍ حديثة أخرى هي وخز الأذن بالإبر أو الوخز بالإبر الأذني. لم يعرف الطب الصيني الكلاسيكي سوى أربع نقاط على طرق التوصيل الرئيسة تقع على الأذن، أو بالأحرى بجوارها مباشرةً. ولم يتمخّض ذلك عن طريقة علاجية مستقلّة وشاملة. والوخز بالإبر الأذني (Aurikulotherapie) الذي أسّسه في عام

1958 الطبيب الفرنسي بول نوجييه، لا يشترك في شيء مع الطرق الصينية على الإطلاق، سوى في استعمال الإبر. لقد افترض نوجييه – وأمكنه البرهان تدريجيّاً – على وجود علاقات وظيفية وتبعيّات صريحة بين المناطق المختلفة لصيوان الأذن من جهة، والأعضاء أو المجالات العضوية الموصوفة بدقّة – الأمر الذي يتمخّض عن توبولوجيا خاصّة لمناطق الأذن الانعكاسية. ولم تمض سنة واحدة على النشر الأوّل لاكتشاف نوجييه في المجلة الألمانية للوخز بالإبر، حتّى تم تقديمه في الصين في مقالات وفي كتيّب صغير، ليترسّخ هناك، في غضون بضع سنوات، كفرعٍ جانبي للمعالجة الكلاسيكية بالوخز بالإبر.

يتطلّب الوخز بالإبر الأذني منهجاً تشخيصيّاً خاصّاً به، إذ إن امتداد المناطق الانعكاسية، أو بالأحرى النقاط الانعكاسية على الأذن صغير جدّاً. وتقع قريباً جدّاً من بعضها بعضاً، بحيث لا يمكن تحديد مكانها عن طريق الجسّ بالأصبع، كما هي الحال في نقاط علم الثقوب الصيني. وبالمقابل فإن تحديد مكانها بوساطة المساعدات الإلكترونية المذكورة آنفاً أمر ممكن وموثوق أكثر بكثير منه في المناطق الأخرى من الجسم، وذلك جراء نسب الرطوبة الأكثر انتظاماً في الأذن.

ولا يقلِّل من أهمية الوخز بالإبر الأذني في شيء إذا أثبت المرء أنه لا يمكن مقارنة الصقل والتأطير العلمي للنتائج السريرية – التجريبية في طريقة حديثة لم يمض على تطويرها أكثر من ربع قرن، ولو بشكل تقريبي، مع درجة نضوج ذلك التأطير المنهجي المتماسك الذي تتمتّع به نظريات الطب الصيني المُطبَّق منذ أكثر من ألفيّ عام. فأنْ يطبق الوخز بالإبر الأذني اليوم في الطب اليومي في شرق آسيا أيضاً، لهو أمر لا يؤكد فقط أن المرء يعترف له بقيمة مستقلّة بذاتها، وإنما يثبت أيضاً أنه يتمتّع بقاعدة سريرية عريضة جدّاً. ويرى بعض الباحثين الشرق آسيويين[82] أن الوخز بالإبر الأذني قد يكون في بعض الموجودات العضوية الحادّة وسيلة أكثر مرونة من الوخز بالإبر الكلاسيكي. كما أن كونه تأسّس منذ البداية بالرجوع كلّيّاً إلى المسلّمات النظرية للطب الغربي، قد يُسهِّل تطبيقه.

الوخز بالإبر الكهربائي (Elektroakupunktur):

وهو عبارة مشاركة التقنية الفيزيائية الغربية مع المسلّمات الصينية الأساسية. بعد الحرب العالمية الثانية قام المرء في الكثير من البلدان، في اليابان، كوريا، الاتحاد السوفيتي (آنذاك) وفي ألمانيا أيضاً، بإجراء تجارب لقياس الكمون الكهربائي للنقاط الجلدية الموصوفة من قبل علم الثقوب الصيني (Foraminologie)، وللتأثير في هذه النقاط بوساطة التيارات الكهربائية، سواء عن طريق إبر الوخز غير المعروفة، بعد وخزها في النقاط، أم عن طريق إلكترودات غير مؤذية للجلد. ومنذ نهاية الخمسينيات يتوافر، من أجل هذه الدراسات العلاجية عالميّاً، أي في جمهورية الصين الشعبية أيضاً، عرض من الأجهزة المتسلسلة يزداد تهذيبه باستمرار.

قد يعتقد المرء للوهلة الأولى أن مشاركة معلومات ومعطيات وظيفية مؤكّدة – يقدِّمها الطب الصيني – مع مساعدات تقنية ليست أقلّ وثوقاً – تمخّضت عنها الفيزياء الغربية – لا بد أن تؤسّس لمنهج علاجي يكاد يكون ثوريّاً. ولكن في الحقيقة لم تحظ الطريقة إلى اليوم بأيّ وزنٍ سريري يستحقّ الذكر، ويعود ذلك إلى سببين جوهريين: أولاً الجهل أو عدم التخصّص والانتقائية المنهجيين لممثّلي الطريقة الرئيسين: فهم ليسوا فقط غير مدركين للفارق الجذري بين الدارة الصينية والعضو الغربي، وإنما، على العكس، يحاولون طمس هذه الفوارق عن طريق تكييفات متواصلة في تأويل المعطيات التجريبية؛ ثانياً الصعوبات العملية لتقنية التشخيص الجهازي. وهكذا ينشأ مؤقّتاً الانطباع بأنه من المحتمل أن يتمكّن بضعة من كبار الخبراء في هذا المجال من تكرار نتائج مشاهداتهم الخاصّة، إنما ليس بإمكان الغالبية الساحقة من الأطبّاء تكرار النتائج المدّعاة، ولو حتّى بأمانة تقريبية.

والحق أنه لا ينبغي، بهذا النقد، استبعاد إدخال المساعدات بما هو كذلك. فليس من الممكن فقط، بل من المرغوب فيه، في بعض النواحي، أن نتابع البناء على أساس نظرية ناضجة إلى هذه الدرجة، مثلما يقدِّمها الطب الصيني، مع التطوّرات العصرية الجديدة. إلاّ أن الشرط الذي لا غنى عنه لمثل هذا العمل هو تمتُّع المرء فعلاً بتصوّر فكري واضح لما اختاره كأساس.

الليزر النقطي (Laserakupunktur):

حريّ بما قيل عن الوخز بالإبر الكهربائي أن ينطبق، بعد إجراء التعديلات الضرورية، على الليزر النقطي. فقط منذ السبعينيات تتوافر الأجهزة سهلة الاستعمال، والكفؤ وظيفيّاً في الوقت نفسه،

والتي يمكن بوساطتها، وعن طريق شعاع ليزري مُجرَّع – في طيف الضوء الأحمر غالباً – التأثير في نقطة تنبيه ما بصورة هادفة. وبقدر ما هو متَّفق على أن تأثيراً أبيض (غير مدمّى)، وغير مثقل بنقاط ضعفٍ ميكانيكية، في نقاط الوخز بالإبر، هو أمر مرغوب فيه، بقدر ما هو معلَّق، إلى حين، السؤال: ما هو شأن منبِّه شعاعي معيّن بالمقارنة مع الحدثية الأكثر تعقيداً بكثير لوخز الإبرة إلى عمق مماثل أو إلى أعماق أكبر بكثير؟ قد يرحِّب المرء بمتابعة هذه الأبحاث، ولكن لا بد من التساؤل حالياً عمّا إذا كانت هذه الطريقة بشكلها الحالي، أو بشكلها الذي قد يتعدّل، تمثّل إغناءً فعليّاً للوخز بالإبر الكلاسيكي.

الضغط النقطي (Akupressur):

عبارة عن تطبيق ضغط نقطي إما برؤوس الأصابع أو بقلم رصاص أو بقلمٍ كليل مصنوع خصّيصاً لهذا الغرض، على ثقوب (foramina) معيّنة. وبقدر ما نعرف، فقد جرى تطوير هذه الطريقة في القرن العشرين من قبل المدلّكين الشرق آسيويين أولاً، خصوصاً اليابانيين، وهي طريقة معروفة اليوم في أوروبا وأمريكا أيضاً عن طريق المنشورات الشعبية. ويعلم من جرب هذه الطريقة أنه يمكن بها التأثير بصورة مناسبة على الوعكات السطحية الآنية، مثل الصداع الناجم عن تبدّل الطقس، انسداد الأنف الحادّ أو الاضطراب الهضمي الخفيف. من هذه الناحية يجوز للمرء اعتبار الضغط النقطي تقنيّة لرعاية صحّية (Hygiene) مهذَّبة، ولكن ليس طريقة معالجة طبية هادفة. إذ حتّى مبتكريها لم يقصدوا أن تكون كذلك.

الفصل السابع
تاريخ الطب الصيني

إعادة اكتشاف الطب التقليدي

يستلقي العامل الشاب Liu Wenzhang على طاولة العمليات في مشفى العمال والفلاحين والعسكريين في شانغهاي وهو يبتسم. وبينما يفتح الأطبّاء جمجمته لاستئصال ورمٍ دماغي، يتحدّث هو مع الممرضة، ويجيب عن سؤالها قائلاً: «أنا على خير ما يرام». «أحسّ بمجرّد آلام طفيفة في الفروة وفي المعدة، وأشعر بالتعب قليلاً». وبينما تناوله الممرضة كأساً من الماء البارد ليشربه، يقول الطبيب: «Liu الطيب، الآن نثقب الجمجمة. ولكن لا داعي للقلق إطلاقاً».

كانت العملية الجراحية قد بدأت في الساعة التاسعة والربع. قام الطبيب المخدِّر بدايةً بوضع خمس إبر في الأذن اليسرى، وأمكن الاستغناء عن أيّ تسكينٍ آخر للألم. وقد عايش Liu بكامل وعيه التداخل الجراحي الذي يُعدّ من التداخلات الجراحية الأكثر صعوبةً التي يقوم بها الجرّاحون اليوم. وبعد أربع ساعاتٍ ونصف انتهت العملية. وقام الطبيب بإجراء بضعة اختبارات لردود الفعل وقال: «إنه على ما يرام. جميع وظائفه الحيوية طبيعية ولا يعاني من أيّة نزوف»[83].

تلك العملية المثيرة للعجب المجراة على العامل Liu ما هي إلاّ نتيجة لسياسة ماوتسي تونغ الصحّية. فقد كان «الزعيم» أطلق في عام 1958 الشعار: «الطب وعلم الأدوية الصينيين ثروة عظيمة. وعلينا بذل كل الجهود لبحثها ورفعها إلى مستوىً أعلى»[84].

والحق أن تشجيع ماو للطب الصيني التقليدي يعود إلى أزمنة المسيرة الطويلة. فقد كان كتب مسبقاً في عام 1944، أثناء القتال ضدّ اليابان: «في منطقة Shaanxi–Ganzu–Ningxia الحدودية يقدِّر المرء أنه من أصل المليون ونصف المليون من السكّان الأشداء هناك إلى اليوم مليون من الأمّيين و2000 من العرّافين... ومعدّل الوفيات بين السكّان مرتفع جدّاً... وإذا اعتمدنا في هذه الظروف على الأطبّاء العصريين فقط دون غيرهم، لن نحقّق ما نصبو إليه. طبيعي أن الأطبّاء العصريين أكثر تميّزاً من أطبّاء الطراز القديم، ولكن عندما لا يبالي الأطبّاء العصريون بأمراض الشعب، عندما لا ينشدون تأهيل السلك الطبي من أجل الشعب، عندما لا يتّحدون مع أكثر من ألف طبيبٍ من الطراز القديم الموجودين في المنطقة الحدودية، فإنهم في الحقيقة يقدِّمون العون للعرّافين والسَّحرة»[85].

انطلاقاً من فهمه هذا للوضع الصحّي السيّئ للسكّان آنذاك وخدمتهم الطبية الوخيمة، قام ماو بتطوير برنامج سياسي – صحّيّ صبَّ في التوجيه الصادر عن المؤتمر الصحّي القومي الأوّل عام 1950، أي قبل سنة واحدة من تسلّم السلطة: «وحِّدوا كافة العاملين في الطب، شباباً وكهولاً، من المدرسة الصينية والمدرسة الغربية، ونظِّموا جبهةً موحَّدةً قويةً في سبيل تطوير الخدمة الصحّية للشعب»[86].

كانت سياسة ماو الصحّية هذه موجَّهة بالدرجة الأولى، وبصورة براغماتية تماماً، إلى توفير الخدمة الطبية العاجلة قدر الإمكان للسكّان الذين يفتك بهم العديد من الأوبئة واستعادة صحّة السواد الأعظم من الشعب، وذلك بالوسائل المادّية والمعنوية المتاحة. ويصوّر الطبيب الأمريكي جورج حاتم، والذي قدم إلى شانغهاي في عام 1933، «للاستزادة في دراسة طب المناطق الحارّة»، كيف تم بلوغ ذلك في غضون وقت قصير بشكلٍ مدهش. متأثِّراً بالمرضى الذين وصل بهم الفقر إلى درجة أنهم لم ينجوا من الموت جوعاً إلاّ بصعوبة، ولم يكن لديهم المال من أجل الطبيب والأدوية، بقي حاتم في الصين وانضمّ إلى ماو في مسيرته الطويلة وقد اتّخذ لنفسه اسم، الدكتور Ma Hai–teh، وهو الاسم الذي اشتهر به فيما بعد من خلال حملاته واسعة النطاق لاستئصال كلّ من داء

الفيل، الجذام، الكوليرا، الجدري، الطاعون الدمّلي، الملاريا والعديد من الأمراض الإنتانية الأخرى. وكما أقرّ فيما بعد، فقد وصل به الأمر إلى «تعقُّب العامل المسبِّب للزهري عبر بوادي مونغوليا الداخلية».

ويرى Ma نجاح الشؤون الصينية الصحّية الحديثة بصورةٍ رئيسة في الاستخدام المنهجي للأطبّاء الحفاة، في تشجيع الطب التقليدي وفي بناء تأمينٍ صحّي تعاوني جعل الخدمة الطبية الأساسية من جديد في متناول حتّى سكّان الريف والبروليتاريا في المدن. لقد كان مفتاح نجاح الصراع ضدّ المرض، كما يكتب Ma، «توفير الخدمات الطبية لعامّة الشعب – توافرها المستمر يوماً بعد يوم كان كالماء الذي ينحت الصخر على قساوته». ويتابع: «الحملات بحدّ ذاتها رائعة، ولكن العمل المتواصل يوماً بعد يوم هو الذي قاد أخيراً إلى استئصال المرض، الأمر الذي وصلنا إليه فعلاً. وهذا ما يحصل بالإضافة إلى الرقابة والإشراف المتواصلين على الحالة الصحّية العامّة لجميع السكّان. والناس اليوم سليمو الجسم وأصحّاء جدّاً. وهم يحظون ببداية طيّبة عن طريق التغذية الصحيحة، رعاية الرضّع والمعارف واسعة الانتشار حول مسائل رعاية الطفولة، بحيث أن الناشئة يترعرعون منذ البدء بصورة أكثر صحّة وعافية. إلاّ أن سرّ الصحّة المزدهرة التي تلفت انتباه الزوار في الشارع هو التوافر المستمر يوماً بعد يوم للخدمات الصحّية. فالناس يعلمون أن المرافق موجودة – ويستخدمونها»[87].

أخيراً فقد تم تكريس جزء من البرنامج الصحّي لحملة واسعة النطاق ضدّ «النفايات الثلاثة». إذ توجّهت قبل كل شيء ضدّ تلوث البيئة الصناعي بالمواد الضارّة الصلبة والسائلة والغازية. ويستشهد بروشيت وآللّي بـ Wang Hsing، نائب رئيس دائرة البناء البلدية في Nanking: «لا يمكننا التسامح مع أيّ وضع تضرّ فيه النفايات الثلاثة بصحّة الشعب»[88].

رغم أن الإنجاز العلمي في كافة هذه الأنشطة ليس مطلوباً إلى هذه الدرجة، وإنما الجهد الشخصي وتوفير المعرفة الطبية الأساسية وتعبئتها، فقد كان لبرنامج ماو الصحّي أهمية مضاعفة فيما يتعلّق بالتذكير بالطب الصيني التقليدي. فقد تم بعد عام 1949 تأسيس أكاديميات للطب الصيني في سائر المدن الكبرى في الجمهورية الشعبية. وفي النصف الثاني من الخمسينيات شرع المرء بإعادة طبع مجمل أدب الطب التقليدي – حيث أن البعض منه لم يكن متوافراً سوى في نسخٍ قليلة ليست في متناول الجمهور – في إصداراتٍ جديدة معتدلة السعر، ولكنها محقَّقة بإتقان. ولم

يكن العديد من هذه النصوص قد طُبع طوال قرون عديدة. وفجأة، وفي غضون نصف عقد من السنين، أصبح الأدب الطبي والصيدلاني بأكمله عملياً متاحاً وفي متناول اليد.

وبذلك تم إيقاف تدهور الطب الصيني التقليدي الذي دام قروناً، والذي توجَّه «طلب إلغاء الممارسة الطبية الأهلية» المقدَّم في الجلسة الأولى لمجلس الرعاية الصحّية القومية المنعقدة في الفترة من 23 إلى 26 شباط 1929 في Nanking. مع ذلك، فما كادت قرارات المجلس تنتشر بين الأطبّاء الأهليين، حتّى هبّت عاصفة من الاستياء. أكثر من 2000 مشفى أغلقت أبوابها في حركة احتجاج مؤقّتة، وتوافد الأطبّاء التقليديون من كل أنحاء الصين نحو شانغهاي لعقد اجتماع شعبي في 17 آذار 1922. أخيراً، وتحت تأثير عاصفة الاحتجاج المستمرّة، تم الرجوع عن تلك العقوبات ضدّ الطب الأهلي، ومن المرجّح أيضاً – كما أثبت فيما بعد الطبيب البريطاني جوشوا س. هورن الذي عاش سنين طويلة في الصين – أن ما ساعد على ذلك هو أن «الكثير من زعماء الـ Kuomintang البارزين كانوا من أتباع الطب الصيني التقليدي في شكله الأكثر غموضاً وإبهاماً»[89].

ورغم أن الطب الصيني آنذاك كان يبدو في حالة يُرثى لها بالفعل، ويكاد لا يستحقّ فيها اسم «طب»، فقد كان الصينيون أجمعون يؤمنون بالطب الصيني ويقابلون الأطبّاء المؤهّلين غربيّاً بسوء الظن. ومن المؤكَّد أن ثمّة غريزة مُصيبة كانت تحتجب خلف ذلك، فمع هذا الحظر لا بد أن تتعطّل الخدمة الطبية لسواد الشعب كلّيّاً. وهكذا فقد مثّلت المبادرة ضدّ الطب الأهلي «إحدى المحاولات غير المجدية من أجل «تحديث» الصين، مثلما علّق هورن على أحداث ذلك الوقت. ولكن الأمر تطلّب عشرين سنة أخرى حتّى يتلقّى الطب الصيني، من قبل ماو، تلك الدفعات الجديدة التي أعادت له الاعتبار عالميّاً.

نحن نعلم اليوم أن الصينيين قاموا باكتشافات في مختلف الميادين. قبل أن يتمكّن العالم الغربي من تكرارها أو تأكيدها بزمنٍ طويل. ويدخل في عدادها الطباعة التي يُعزَى لها في تاريخ تطوّر الطب الصيني أيضاً – كما سنرى لاحقاً – دون جدير بالملاحظة (والمقصود هنا دور ليس إيجابياً بالضرورة). ولكن مع ذلك قد يصعب على المرء تتبُّع كيف أن عِلماً ناضجاً ومتماسكاً ومجرّباً على خير وجه على امتداد ما يزيد عن ألف وخمسمئة سنة، يدخل في نهاية الأمر في حقبة من الانحطاط المستمرّ امتدت عدّة قرون.

هذا وحده عبارة عن قصّة تعليمية من التاريخ، تتجاوز دلالتها ميدان الطب بكثير – ومبرّر إضافي للاشتغال بالطب الصيني والاهتمام به. ولكن ليس بإمكاننا فهم طب الصين التقليدي والمكانة التي تُنسب له اليوم في الجمهورية الشعبية إذا لم نتعرّف على التاريخ أيضاً، على الأقلّ في مفاصله الحاسمة. لذلك فلنعد إلى البدايات الأولى.

الأطبّاء العظام:

يبدو أنه لا مثيل في العالم كله لتقليد الصينيين في بناء معابد في المدن الكبرى في كل أنحاء البلاد للأطبّاء الأكثر شهرة، وذلك من أجل إحياء ذكراهم وإجلالهم. ونجد أسماءهم مدوّنة على ألواحٍ في «معابد ملوك الطب» هذه (Yaowangmiao)، حيث كان الناس حتّى بداية القرن الماضي يدخلون إلى الأروقة ويقدّمون القرابين لأرواحهم. أما الأسماء التي يتم تبجيلها في المعابد فهي دوماً الأسماء التالية: Bian Qu، Chunyu Yi، Qi Po، Leigong، Zhang Zhongjing (وباسم آخر أيضاً: Zhang Ji)، Hua Tuo، Wang Shuhe، Ge Hong (وباسم آخر أيضاً: Bao Puzi)، Huangfu Mi، Sun Simo، و Li Shizhen.

إلاّ أن الأكثر عظمةً في الواقع هي شهرة ومجد رجلين – مدوَّنين في المعابد كذلك الأمر – يعتبران المؤسّسين الأسطوريين للطب التقليدي، ولكن إنجازاتهما الطبية غامضة، وهما القيصران الأوّلان الأسطوريان Shennong وHuangdi. وقد جرى تدوين أعمالهما المفترضة بشكلٍ رئيس فيما بعد من قبل مؤلفين مجهولين قدّموا أشكالاً وصوراً تاريخية ذات سمعةٍ عظيمة، كي يُعلوا من اعتبار مؤلَّفاتهم.

حسب التقليد الأسطوري، عاش Shennong في الألف الثالثة قبل الميلاد. وهو يُعتبر «معلّم الزراعة»، وقد جرى تبجيله لزمنٍ طويل من قبل تجّار العقاقير كربّ حام، فكانوا يقدّمون له الأضاحي مع كل يوم يكون فيه القمر بدراً أو هلالاً، كما يبيعون في هذه الأيام، أي في الأوّل والخامس عشر من كل شهر، أدويتهم بأسعار مخفضة. أما العمل الذي يُنسب لـ Shennong، «دستور الأدوية للفلاّح المدبِّر» (Shennong Bencaojing)، فيُعتَبر أوّل دستور أدوية صيني.

والصيغة الأصلية لهذا العمل، والتي يبدو أنها نشأت حوالي زمن الميلاد، مفقودة. وقد تبنّى الطبيب Tao Hongjing، الذي عمل في بداية القرن السادس بعد الميلاد، الرأي القائل إن Shennong Bencaojing يتضمّن شذرات من نصوص قديمة جدّاً. وقد جرى تنقيح جذري للنصّ من خلال تناقله الشفوي، أو بخطّ اليد، من المعلّمين إلى التلاميذ.

النصوص الكلاسيكية

«المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر» (Huangdi Neijing):

يُعتبر هذا العمل المنسوب إلى Huangdi – الذي حكم، تبعاً للأسطورة، في النصف الأوّل من الألف الثالث قبل الميلاد – أقدم عمل منظَّم وأكثر الأعمال اقتباساً في الطب الصيني. وهو يُذكَر عبر فترة زمنية تمتدّ منذ أكثر من 2000 سنة وإلى أيامنا هذه، على أنه الخطاب النظري والمنهجي؛ وذلك تقدير يبدو أن ليس له في تاريخ العلوم الطبيعية سوى موازيات قليلة.

يتألف Huangdi Neijing من جزأين، ويتكوّن كل منهما من 81 فصلاً. وبحسب ما نعرفه اليوم، كان قد جرى إعداد هذا العمل في القرن الثالث قبل الميلاد. وقد أراد مؤلِّفو ذلك الوقت بعزوهم النص إلى البطل الثقافي Huangdi، على الأرجح الحصول لأفكارهم العلمية الجديدة على استحسانٍ وقبولٍ مناسبين، وتحصينها ضدّ شكوك ومخاوف معاصريهم.

بداية نقول إن تاريخ تناقل العمل يدعو للحيرة، ولو أنه أمكن، عن طريق مقارنة نصوص الإصدارات المختلفة، استنتاج النص الأصلي لـ «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي».

ونجد «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر» مسجَّلاً في فهرس المراجع الرسمي لأسرة Han الأولى، والذي تُفهرس فيه المدوّنات من أواخر القرن الثالث قبل الميلاد وحتى بدء التاريخ الميلادي.

وقد ذكر الطبيب الشهير Zhang Zhongjing، في القرن الثاني بعد الميلاد، ولأوّل مرّة، التسمية الإضافية «Suwen»، أي «الأسئلة الأساسية»، للجزء الأوّل من العمل. كما ظهرت

أيضاً، في عام 762، الطبعة المشروحة والنقدية التي أنجزها العلامة Wang Bing تحت عنوان «Huangdi Neijing Suwen»، أي «الأسئلة الأساسية في المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر». وتعود هذه الصيغة إلى الفترة التي كان قد بدأ فيها للتو استخدام الطباعة في الصين، ولذلك فقد لاقت أيضاً رواجاً كبيراً، واعتُبرت لزمنٍ طويل الطبعة الأفضل والأكثر وثوقاً.

على أن نقداً متعمِّقاً للنص في القرنين العاشر والحادي عشر بيَّن أن Wang Bing كان قد جعل النصّ الأصلي في حجمٍ مضاعف تقريباً. إذن فقد اتّخذ من المؤلَّف الكلاسيكي فائق الاحترام وسيلةً للترويج لأفكاره الطبية الخاصّة، وخصوصاً طاقوية الأطوار.

أما تاريخ تناقل الجزء الثاني من «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، والذي عُرف تحت عنوان «Huangdi Neijing Lingshu»، أي «النقطة المفصلية للطاقة البنائية»، فيبدو أكثر تعقيداً. ومن المرجّح أنه يستتر خلفه في الأصل «Weijing»، «مؤلَّف كلاسيكي خارجي». إذ نجد في فهرس المراجع الوارد أعلاه مثل هذا «المؤلَّف الكلاسيكي الخارجي للأمير الأصفر» مذكوراً أيضاً.

في القرن الثالث بعد الميلاد وضع المؤرِّخ Huangfu Mi كتابه الشهير «المؤلَّف الكلاسيكي المنهجي للمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي» (Zhenjiu Jiayijing)، وهو يُعتبر أوّل عمل موثوق تاريخيّاً حول نظرية وتطبيق الوخز بالإبر والتسخين النقطي (moxibustion). وقد أقرّ Huangfu Mi أنه استند في ذلك إلى «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» و«المؤلَّف الكلاسيكي للإبر» (Zhenjing – والوخز بالإبر طبعاً معالجة «خارجية»، بعكس استعمال الأدوية داخليّاً)، ولا نجد أيّ مبرّر للتشكيك بهذا القول. ولكن «المؤلَّف الكلاسيكي للإبر» لم يظهر ثانيةً إلاّ بعد بـ900 سنة. وبحسب المصادر الرسمية فقد تسلّم الإمبراطور الصيني نسخةً من ذلك النصّ من كوريا التي ظهر فيها فجأةً، بعد أن بقي مفقوداً طوال هذه المدّة. ولكن المرجّح أن الموضوع كان يتعلّق بإعادة بناء معاصرة للنصّ، أراد المرء، بربطها بأسطورةٍ تاريخية، أن يفوز لها بالثقة مجدّداً. على كل حال فإن هذا النصّ الذي يُعتبر إلى اليوم، تحت اسم Lingshu («النقطة المفصلية للطاقة البنائية»)، الجزء الثاني لـ «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، لم يترسّخ إلاّ منذ نهاية القرن الحادي عشر بعد الميلاد.

بصرف النظر عن مثل هذه المسائل التي لم توضّح بعد من قبل المؤرِّخين بصورة نهاية، نعرف بشكلٍ أكيد أن جميع الأفكار الرئيسة للطب الصيني تمت صياغتها مسبقاً في «الأسئلة الأساسية» – في ذات الوقت تقريباً الذي نشأت فيه في الغرب مجموعة القوانين الأبقراطية (Corpus Hipocraticum) –: مبحث الدوائر الوظيفية (التخطيط الأيقوني للدارات: Orbisikonographie)، منظومة طرق التوصيل الطاقوية ونقاط التنبيه الواقعة عليها (Sinarteriologie وForaminologie)، تعلُّق العلامات المرضيّة بالعوامل المرضيّة الخارجية (Agentien) وبالعوامل الداخلية (الانفعالات) وأخيراً أسس التشخيص. وكافة أعمال الطب الصيني، دون استثناء، تبني على الأساس الذي وُضعَ آنذاك. وقد ألمحنا سابقاً إلى اختراع الطباعة كعاملٍ مهمّ في تاريخ تطوّر الطب الصيني. وفي حين أن الطباعة، كشرط تقني عام، لم تتمكن من ممارسة تأثيرها على تقدم الطب إلاّ في وقت متأخّر نسبيّاً، لعبت علاقة التجاذب الفريدة بين المذهبين الفلسفيين، التاوية والكونفوشيوسية، منذ بداية تاريخ التقليد الطبي، دوراً حاسماً كخلفية فكرية – تاريخية.

التاوية (Taoismus):

صحيح أن مذهب تاو يُنسب إلى الفيلسوف Laozi، ولكن يُعتقد أنه أقدم من ذلك. وفي عملية البحث عن المؤسّس الفعلي نصادف هنا، مراراً وتكراراً، اسم الأمير الأصفر أيضاً. وفي كل الأحوال فإن Huangdi Neijing يتبع التقليد التاوي بكل وضوح. ومن أهم الملامح المميّزة لهذا التقليد العلاقة الوثيقة بالطبيعة وملاحظتها الدقيقة. ولذلك يمكننا وصف التاويين بالمصطلح الحديث بأنهم تجريبيين أوائل أيضاً، وبأن تأمّلاتهم النظرية أقرب إلى كونها مريبة. إحدى الأفكار الأساسية للتاوية الإلمام بقواعد الطبيعة والنظر إلى الحديثات الأرضية ضمن السياق الكوني. ويشير بداية «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» فوراً إلى مدى شدّة توجّه هذا العمل تبعاً لهذا التصوّر. فبعد تقديمٍ مُقتضَب للأمير الأصفر نقرأ:

«بوصفه مكتملاً صعد على السماء. ثم سأل المعلِّم السماوي: سمعت أن البشر في غابر الأزمان كانوا يعمرون إلى ما يزيد عن المئة سنة دون أن تتدهور قدرتهم الحركية. وبالمقابل تتدهور القدرة الحركية لإنسان عصرنا بعد نصف قرن فقط. أيرجع ذلك إلى اختلاف الزمن والجيل، أم أنه

يتعلّق بعجز الفرد؟ – فأجاب كونت Qi: عرف البشر في الأزمان الغابرة تاو، فتوجّهوا تبعاً لـ Yin وYang، وحقّقوا التناغم عن طريق التقنية والعدد. لقد كانوا معتدلين في الطعام والشراب، واتبعوا في مسلكهم الحياتي قاعدةً دائمة، فكانوا يتحاشون الإجهاد الأهوج غير المتروّي. لذلك استطاعوا أن يعيشوا في هيئتهم الجسدية سنواتهم السماوية [= المعطاة من الطبيعة]، كما الأرواح، ولم يغادروا وجودهم الأرضي إلاّ بعد تجاوزهم المئة عام... وما يحول بين المعاصرين والحياة الطويلة هو السعي إلى المتعة الواعية المتعمّدة والتقصير في الإلمام بقواعد الطبيعة والخضوع لها. وبذلك تضعف الطاقة البنيوية الكامنة بصورةٍ متواصلة وأكثر مما ينبغي، كما تُستخدم الطاقة المكوكبة في غير أوانها وتقلّ الاستقامة [أي القدرة على المحافظة على التوازن الوظيفي الفردي]، وتتضرّر بشكل متكرّر»[90].

إذن، فللتناغم التام بين الإنسان والكون، بين الإنسان والطبيعة، أهمية قصوى بالنسبة للتاويين من أجل العافية والصحّة. وهم يسعون إلى المحافظة على هذا الوفاق والانسجام بشتّى الوسائل: الصحّية، التغذوية، الطبية، وفيما بعد حتّى السحرية في بعض الأحيان.

ولكن لا يجوز أن يغيب عن أذهاننا أبداً أن ما يلفت الانتباه هو أن العمل الأقدم والأكثر شموليةً، Huangdi Neijing، بالذات يخلو تماماً من مثل هذه المؤثرات السحرية أو حتّى من مجرّد الإشارة إلى ممارسات دينية. صحيح أن السحر يلعب في التاوية حتّى يومنا هذا دوراً ما، ولكن ليس هناك أيّ تناضح مع الطب العلمي المستعرض هنا. وليس من المستغرب أن نجد في العروض الشعبية للطب الصيني باللغات الغربية، والتي ليس من النادر أن تستند إلى مستوى من المعارف اللغوية يعود إلى القرن التاسع عشر، شيئاً ليس بالقليل من كشف الغيب أو الصوفية، إذ يتزاوج لدى الكثير من المؤلّفين الجهل اللغوي، أي الجهل بالصينيات، مع الجهل الطبي – المنهجي، بينما يكرِّر مؤلِّفون آخرون هذا الهراء الناجم عن ذلك من غير نقد، لأنه يتّفق مع قوالب أوروبية ثابتة عمرها مئات السنين. وإذا أخذ المرء هذه الظروف بالحسبان، يتبيَّن أن معظم الاعتراضات المرفوعة من قبل نقّاد يطعنون بالطب الصيني، ليست سوى افتراضات وهمية لأدمغة غربية، تنهار لدى ملامستها الحقائق في الحال. هذا يعني أن مهاجمة النقّاد الغربيين طبّ الصين، من غير معرفةٍ بالخلفية التاريخية والمنهجية، لا تعني شيئاً لهذا الطب على الإطلاق، وإنما تكاد تشهد دوماً على جهل النقّاد المستهتر واستكبارهم.

يبيّن النص التالي الذي يدور حول مراحل التطوّر البيولوجية لكلا الجنسين، والذي تستمرّ فيه «الأسئلة الأساسية»، مدى صوابية وعمق وتبصّر الملاحظات التي ترجع إلى مذهب تاو:

«الأمير: عندما لا يعود باستطاعة الإنسان في العمر المتقدِّم إنجاب الأطفال، هل يتعلّق ذلك باستنفاد طاقة البنيوية أم بتأثير النسب العددية الطبيعية؟ – ويجيب كونت Qi: مع عمر سبع سنوات تكون طاقة الدارة الكلوية لدى الأنثى ممتلئة، فيبدأ تبديل الأسنان وتنمو الأشعار. ومع عمر اثنين ضرب سبع سنوات تبدأ الدورة الطبيعية، ويغدو جريان الطاقة في الشريان الصيني المستجيب (sinarteria respondens) سالكاً، وجريان الطاقة في الشريان الصيني المعيق (sinarteria impedimentalis ممتلئاً، وتبدأ العادة الشهرية بالجريان، وتكون القدرة على الحمل موجودة. ومع ثلاثة ضرب سبع سنوات تتجلّى الطاقة الفاعلة للدارة الكلوية متوازنةً، ولذلك تبزغ أضراس العقل، ويصل النموّ الطولي (العظام) إلى ذروته. ومع أربعة ضرب سبع سنوات تكون الأعصاب (Nervus) [وهي الأوتار والعضلات، أي أصول دافع الجهاز الحركي] والعظام قد توطّدت، ويصل نموّ الأشعار إلى ذروته، ويبدو الجسم مكتنزاً وقويّاً. ومع خمسة ضرب سبع سنوات يتداعى الامتلاء الطاقوي في الشرايين الصينية الساطعة Yang (sinarteriae splendoris yang). يبدأ الوجه بالذبول، والأشعار بالتساقط. ومع ستة ضرب سبع سنوات يتداعى الامتلاء الطاقوي لطرق التوصيل – Yang الثلاثة في القسم العلوي من الجسم: فالوجه يكون ذابلاً دون شك، ويبدأ الشعر بالشيب. ومع سبعة ضرب سبع سنوات تتداعى وتتضاءل طاقة الشرايين الصينية المستجيبة المستنفدة (inanis) وطاقة الشرايين الصينية المعيقة، وتُستنفذ الدورة المساوية، ولا تعود الدروب الأرضية سالكةً. ولهذا تتداعى الهيئة أو القوام، وتنتهي القدرة على إنجاب الأطفال».

ترد في هذا النص عبارة «تأثير النسب العددية الطبيعية» الغريبة عن مسامع المراقب الغربي. غير أن ذلك ليس مستغرباً لدى الصينيين على الإطلاق، إذ إنهم يستعملون الأعداد بنيّة توصيفية كيفيّاً على الدوام (على سبيل المثال يعبِّر التسلسل: الأول، الثاني، الثالث ...إلخ، عن تسلسل المراتب، حيث تقدَّر فيه الأعداد السابقة باعتبارها أعلى مرتبة من الأعداد اللاحقة). لذلك يعلّق الصينيون دائماً أهمية كبيرة على توصيفات وقائع الأحوال كيفيّاً بالأعداد أيضاً: فهم يتحدّثون عن أطوار التحوّل الخمسة أو عن المعايير الرئيسة الثمانية، عن الإفراطات المناخية الستة أو عن الانفعالات السبعة. كما ينطبق هذا حتّى يومنا الحاضر، مثلما رأينا، على الحملة ضدّ «النفايات

الثلاثة»، وهي تعني بدقّة: النفايات الصلبة والسائلة والغازية، وهذا بدوره مقولة كيفية أكثر بكثير من كونه مقولة كمية.

لقد قمنا باستعراض طراز التفكير التاوي بناءً على هذه النصوص، وبهذا القدر من التفصيل، لنبيّن مدى أهمية معرفة الخلفية الفكرية – التاريخية من أجل تفسير الأعمال الطبية. وبالطبع لا ينبغي بذلك إنكار وجود فقرات أو أعمال كاملة في الطب الصيني أيضاً تتضمّن تأمّلات نظرية باطلة لا يمكن الدفاع عنها، أو نصائح بالتعاويذ والرقي، أو اعتقاداً بالسحر أو ببساطة عبثاً لا طائل منه. وسوف يتّضح هنا أيضاً لماذا تكاثر هذا الأمر في الزمن اللاحق بالذات. كما أنه لا يمكن الحكم على قيمة الطب الصيني إلاّ من ضمن المنظومة ذاتها، كذلك لا يجوز الحكم على أشكال الحشو والشطط والعقائد المضلِّلة إلاّ بمعرفة نظرية الطب.

الكونفوشيوسية (Konfuzianismus):

لقد مكّنت التجريبية المتشدِّدة للغاية في مذهب تاو الصينيين من القيام بملاحظات ومشاهدات ثاقبة جدّاً في تشخيص النبض مثلاً. ولكن ملاحظةً للطبيعة منفلشةً إلى هذه الدرجة لا تكفي وحدها لصنع أيّ علم. فلا بد، إضافةً إلى ذلك، من وضع الملاحظات والمشاهدات في منظومةٍ واحدة. وذلك يتطلّب انعكاساً نظريّاً – وهذا بدوره جسّد قوّة الكونفوشيوسية.

كان الكونفوشيوسيون معلِّمين في التأمّل النظري العقلاني. سوى أن اهتمامهم انصبّ على العلاقات الإنسانية فقط دون غيرها تقريباً، أي كما نقول اليوم، على الأخلاق الاجتماعية وعلم النفس. أما الاشتغال بالطبيعة فهو في أحسن الحالات عبارة عن هواية مغرية، ولكنه في الغالب عبث لا طائل منه.

لا ريب أن الفكر الصيني يتمتّع بحرّية التأمّلات النظرية المنفصلة عن التجربة والخبرة. فعلى سبيل المثال هناك ثلاث دزّينات من إمكانيات ترتيب أطوار التحوّل الخمسة في تسلسلات مختلفة. وفي وسع المرء القيام بذلك بناءً على العمليات الفكرية وحدها. ولكن ليس بإمكان المرء، بالتفكير وحده، إثبات أن ثلاثة فقط من هذه التسلسلات ذات أهمية في سياق الطب، ألا وهي تسلسل الإنتاج، الكبح والقهر، وإنما يحتاج الأمر، إضافةً إلى ذلك، إلى البحث التجريبي.

وهذه هي بالطبع مهمّة البحث العملي عموماً، بوجود نظرية ما: أي كشف واستخلاص المهمّ عمليّاً من خضمّ «المقولات الممكنة»، أي من المقولات القابلة للصياغة بمفردات ومنظومة قواعد النظرية. وهذا ما يتمخّض بدوره عمّا يلي: كما أن الملاحظة الصرفة للطبيعة، دون انعكاسٍ نظري، لا تساوي علماً، كذلك فإن التأمّلات الفكرية الصرفة لا تُكسب المرء أيّة معرفة حول الحقيقة التجريبية، حتّى لو كانت ثاقبة إلى هذه الدرجة. إذن، وبغض النظر عن فترات قصيرة نسبيّاً، أيّدت التاوية، عبر التاريخ الصيني بأكمله، خبرات الإنسان الأساسية، القريبة من الطبيعة، غير الصورية، وإنما الفوضوية وبالتالي غالباً ما أيّدت موقفاً، وإن كان ليس مضاداً للمجتمع، ولكنه لا اجتماعي، وفي كل الأحوال مضاد للصورية. في حين أن الكونفوشيوسية، والتي كانت منذ القرن الثاني قبل الميلاد وحتى عام 1905 الفلسفة الرئيسة للدولة، لم تفقد حتّى في مجال الأخلاق، حيث كانت في أشدّ قوّتها، الاتصال بالخبرة الحيّة أبداً، ولكنها فيما عدا ذلك كانت تنزع بشدّة أكبر إلى الحلول التأمّلية النظرية، الصورية فكريّاً. وقد شكّلت بتأمّلها النظري الفعّال نقطة معارضة وقطباً مضاداً للتاوية الأقرب من الحياة والخبرة دوماً. وبوصفه منظومة علمية، تلقّى الطب الصيني دفعاتٍ من كلا التوجّهين، حيث كان المهم في ذلك أن أيّاً من التيارين الفلسفيين لم يتغلّب على الآخر.

ولكن العلم دوماً مسألة سلطة أيضاً، وغالباً ما تلعب مسائل السلطة في العلوم دوراً أكبر بكثير مما يعترف به العلماء المعنيّون أو يودّون التسليم به. ولهذا تحديداً لا بد للمرء، لدى تقييم الطب الصيني تاريخيّاً، أن يضع نصبّ عينيه أن السلطة في الصين كانت في يد أتباع الكونفوشيوسية على مدى 2000 سنة على الأقلّ، وحتى عتبة قرننا الحالي. لم ير الكونفوشيوسيون في الأطبّاء غالباً سوى حرفيين مهرة كثيراً أو قليلاً. وهذا يفسِّر الاحترام الضئيل الذي أمكن للأطبّاء ادّعاءه لأنفسهم في بنية الصين الاجتماعية، فقد كانوا ينتمون إلى الطبقة الوسطى في أفضل الحالات.

لذلك ليس مستغرباً أن قلّة فقط من الكونفوشيوسيين، وعلى مدى زمنٍ طويل، وضعت عقلانيّتها في خدمة الطب. وكان ذلك أيضاً السبب الأهم لعدم تطوّر الطب الصيني طوال ألف سنة بكاملها، بعد وضع «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، إلاّ ببطء شديد. علاوةً على ذلك، يُرجَّح أن بعضاً من خيرة الأطبّاء تكتّموا على معارفهم ولم ينقلوها سوى إلى عددٍ ضئيل من التلاميذ. وغالباً ما كان يتم توريث المعرفة الطبية من الأب إلى الابن فقط.

Qin Yueren: عائلة من مشاهير الأطبّاء:

من المرجّح أن أقدم شاهد تاريخي بين أيدينا على تراثٍ عائلي لمشاهير الأطبّاء موجود في السيرة الذاتية التي وصلتنا في الفصل 105 من «مدونات المؤرّخين» لـ Sima Qian. وهي سيرة ذاتية مكرّسة لطبيبين اثنين، لا بد أن أحدهما، وهو المدعو Bian Que الذي سبق ذكره، قد تمتّع آنذاك، أي في القرن الثاني قبل الميلاد، بصيتٍ أسطوري في كامل البلاد. ويتبيَّن من هذه السيرة أن Bian Que لم يحمل هذا الاسم سوى في ولاية Zhao، وأنه يُدعى في الواقع باسم العائلة Qin وبلقبه Yueren. ولا بد أن يستنتج المرء من هذه السيرة الذاتية، ومن المصادر الموازية، وجود عدّة أطبّاء، أو حتّى عشيرة كاملة، باسم Qin Yueren. كما يمكننا أيضاً فهم Qin على أنها اسم لمكان النشأة، أي اسم لولاية (Qin) التي كانت تقع في ذلك الوقت في أقصى غرب الصين، وYueren على أنها تمييز اسمي – «الشخص Yue من دولة Qin»، أو في حال ترجمنا كل شيء «الرجل الذي يفوق كل الآخرين من دولة Qin» أو «الرجل الذي يتجاوز الحدود من دولة Qin».

إن الأمر هنا، وفي موضوع Bian Que المتطابق مع Qin Yueren، لا بد متعلّق بأشخاص عديدين، يتبيَّن لنا على الأقلّ من أن الشفاءات الرائعة المذكورة في المصادر التاريخية يفصل بين البعض منها ما يزيد عن قرنٍ من الزمن.

ونجد في الروايات حول Bian Que إشارةً إلى أنه تلقّى معارفه غير العادية من رجلٍ طاعنٍ في السنّ: «لديّ وصفات سرّية، وأنا رجل كبير في السنّ وأودّ أن أورِّثك هذه الوصفات، ولكن لا يجوز لك أن تفشي منها شيئاً».

وقد بلغ Bian Que صيتاً مميَّزاً من خلال معالجته وليّ العهد Guo الميّت ظاهريّاً، حيث كان قد جرى الحداد عليه باعتباره ميّتاً، عندما قابل Bian Que موظَّف القصر واستعلم عن قصّة المرض. ورغم عدم تصديق موظّف القصر إفصاح Bian Que عن احتمال كون وليّ العهد لم يتوفّ بعد وأن في وسعه تقديم العون له، أُذن لـ Bian Que بالمثول أمام الأمير الذي كان قد سمع عن القدرات الفائقة لهذا الطبيب. ولكنه مع ذلك قال يائساً: «لو أنكم حضرتم إلى هنا في الوقت

المناسب، لكان ولدي الآن على قيد الحياة، ولكن بما أنكم لم تكونوا هنا، فقد أصيب بأضرار في حياته، بحيث سيجري دفنه، فهو ميت ولم يعد بإمكانه العودة إلى الحياة!».

عندما قام Bian Que بفحص جسد وليّ العهد الخامد، تأكَّد ظنّه بأن هذا الأخير لم يمت بعد. فقام بوخز وليّ العهد، فاستيقظ بعد برهة. وبعد كمادة ساخنة بمهروسٍ من أدوية مختلفة، أمكن للمريض النهوض مجدّداً، أما شفاؤه النهائي فكان بوساطة دواء توجّب عليه تناوله لمدّة عشرين يوماً. وقد اعتقد الشعب أنه أمام طبيب – معجزة، يمكنه إحياء الموتى، ولكن Bian Que قال بتواضع: «ليس بإمكاني إحياء الموتى! ففي وليّ العهد كان لا يزال شيء من الحياة، وقد استطعت فقط إثارته وجعله ينهض ثانية».

وفي مكان سابق من هذا الكتاب تعرّفنا على قصّة مرضيّة أخرى تم ضمّها لاحقاً إلى أسطورة Bian Que: عندما لفت Bian Que انتباه Huan، دوق Qi، إلى إصابة بمرضٍ ما، ونصحه بالمعالجة. ولما كان الأمير لا يشعر بنفسه مريضاً، فقد ضرب بكافة التحذيرات المتكرّرة عرض الحائط. وبعد خمسة أيام ألمّ بالأمير فعلاً مرض شديد. ولكن الطبيب الذي عرف أنه لم يعد بإمكانه تقديم العون له، كان قد فضل الابتعاد، كي لا يتعرّض للمحاسبة والعقاب بسبب ذلك.

وفي أعقاب ذلك قام Bian Que بوضع تصنيفه الشهير للمرضى الذين لا يمكن تقديم العون لهم.

ثم نقرأ في السيرة الذاتية المذكورة في «مدوّنات المؤرّخين»: «وغدا Bian Que طبيباً مشهوراً في الصين بكاملها. ويمّم وجهه شطر Handan، عاصمة إقليم Zhao؛ فقد علم أن النساء هناك يتمتّعن بمنّة خاصّة، لذلك أخذ يداوي هناك الأمراض النسائية. وقَدِمَ إلى Luoyang، عاصمة إقليم أسرة Zhou، فقد سمع أن الأشخاص المتقدّمين في السنّ فيها يتمتّعون بمنّة خاصّة، لذلك عالج أمراضهم الأذنية والعينية. وقَدِمَ إلى Xianyang، عاصمة إقليم Qin، حيث وصل إلى مسامعه أن الأطفال في Qin يتمتّعون بمنة خاصّة، لذلك أخذ يعالج فيها أمراض الأطفال. إذن فقد عرف كيف يراعي الظروف وطابع الشعب.

وفي نهاية الأمر قاد حسدُ طبيبٍ آخر Bian Que إلى نهايةٍ عنيفة. فعندما أدرك Lixi، رئيس الهيئة الطبية في Qin، أن Bian Que يفوقه بمراحل، قام خفية بتدبير أمر اغتياله.

مؤلَّفات طبّية كلاسيكية مبكرة أخرى:

Bian Que والـNanjing:

إذا أخذنا الموروث المستشهَد به للتو بحذافيره مأخذ الحقيقة التاريخية، فإن ذلك الطبيب المدعو Bian Que لم يلتزم بوصايا أستاذه بالتكتّم على المعرفة التي نقلها إليه. والواقع أنه يُفترض، تبعاً لتقليد واسع الانتشار، أنه وضع «كتاباً حول النبض»، وبذلك يكون قد باح بهذه المعرفة الأساسية لعددٍ كبيرٍ من التلاميذ. ومهما يكن من أمر، فكما خرج كونفوشيوس، في القرن السادس، عن التقاليد القديمة بكشفه عن الأرشيف السري لأسرته لتلاميذه أولاً، و بالتالي للأجيال القادمة، لا بد أن المؤلِّفين الأوائل أيضاً خرجوا عن المحرّمات والعادات القديمة عندما جعلوا المعرفة، المؤتمنين عليها كموروثٍ سرّي، في متناول الجميع، وذلك بتدوينها كتابياً.

يتّضح من حالة الوعي التاريخية هذه، جزئيّاً على الأقلّ، لماذا تم تدوين مؤلَّفات الصين الكلاسيكية الكبرى الأوّل – وفي مقدمتها Huangdi Neijing Suwen المستشهد به مراراً («الأسئلة الأساسية في المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر») – من قبل كتّاب مجهولين، نسبوها إلى موروثات مهمّة وأساسية تخصّ شخصية تاريخية من العصور القديمة. فبعد الأمير الأصفر (Huangdi) والمزارع المبدع (Shennong) كُتِبَ لـ Bian Que أيضاً، أو بالأحرى Qin Yueren، هذا الشرف في نهاية الأمر، وذلك بأن يتم إصدار الـ Nanjing المدوَّن بشكله الحالي في القرن الثاني بعد الميلاد على ما يُعتَقد («المؤلَّف الكلاسيكي للاعتراضات» أو «المؤلَّف الكلاسيكي للمشاكل الصعبة») على أنه عملاً لـ Bian Que الذي كان قد مضى على وفاته آنذاك ما لا يقل عن ثمانية قرون.

لـ Nanjing أهمية حاسمة في التاريخ المبكر لطب منهجي في الصين. وبقدر ما يصعب علينا قبول أنه في صورته الحالية يرجع إلى تراث الأسرة الطبية Qin Yueren، فإنه لا يمكننا نفي أن أفكاراً أو موروثات منفردة تعود إلى زمنٍ أقدم بكثير قد وجدت انعكاسها في هذا العمل. وما يدعم هذا الاعتقاد على الأقلّ ورود ذكر كتابٍ تعليمي حول النبض يرجع إلى مدرسة Bian Que في «مدونات المؤرّخين» المذكرة آنفاً – والتي تم تدوينها في القرن الثاني قبل الميلاد – . فمن

المؤكّد إذن أن المرء يرى في ذلك النصّ بشيراً لـ Nanjing الحالي، لا بل من المحتمل أنه بشير حتّى لـ Nanjing اللاحق، «المؤلَّف الكلاسيكي للنبض» الذي سنتحدّث عنه فيما بعد. وفي كل الأحوال هناك اتّفاقات جديرة بالملاحظة بين النصّين.

أخيراً يجدر بالذكر أيضاً أن الـ Nanjing الحالي مُقسَّم، شأنه شأن الـ Huangdi Neijing، إلى 81 فصلاً. بعد 21 فصلاً حول النبض تجري مناقشة أسئلة حول طرق التوصيل والوخز بالإبر. كما تحتلّ القواعد التشخيصية حيّزاً واسعاً. وتكمن أهمية الـ Nanjig قبل كل شيء في الإجابة عن عددٍ كبيرٍ من المشاكل الفيزيولوجية والباتولوجية نظريّاً. ففي الفصل 47 على سبيل المثال يُسأل: «كيف يتّفق أن يكون الوجه فقط قادراً على مقاومة (البرودة) لدى الإنسان؟» وتنصّ الإجابة على ما يلي: «الرأس عند الإنسان مُلتقَى كل ما هو Yang. كافة طرق التوصيل – Yin تؤدي إلى العنق وحسب، ثم تعود إلى الصدر. وحدها طرق التوصيل – Yang تؤدّي إلى الرأس. ذلك هو السبب في قدرة الوجه على مقاومة البرودة».

Zhang Zhongjing وكتابه «مقالات في البرودة الضارّة وأمراض أخرى» (Shanghan Zabinglun):

إذن فقد تم في الصين إرساء أسس علمٍ طبي منهجي عبر أربعة أو خمسة قرون من قبل مؤلّفين لا نعرف أسماءهم الحقيقية. ولا نواجه شخصية تاريخية لأوّل مرّة سوى في «Zhang Zhongjing» الذي عاش في نهاية القرن الثاني بعد الميلاد. وقد جرى تبجيل «حكيم الطب» هذا غاية التبجيل حتّى في العصور الحديثة. أما عمله «مقالات في البرودة الضارّة وأمراض أخرى» (Shanghan Zabinglun، وغالباً ما يدعى باختصار Shanghanlun) فيُعتبر أوّل مرجعٍ سريري في الطب الصيني. وكان يندرج، حتّى بعد ولوج القرن الماضي، في القراءات الإلزامية لكلّ طبيب في الشرق الأقصى، وليس في الصين فقط.

لم يصلنا سوى القليل عن حياة Zhang Zhongjing. فقد عاش من عام 150 إلى عام 219 بعد الميلاد. وعدا هذين التاريخين لا نعرف سوى أنه تخرج عام 168 «دكتوراً في الأدب» وأنه في العقد الأخير من القرن الثاني شغل منصب عمدة Changsha. ولم يُمجَّد، كطبيب، بسبب معارفه الطبية الفائقة وحسب، وإنما أيضاً بسبب موقفه الأخلاقي الرفيع. فلقد قبّح قلّة تأهيل

أطبّاء عصره، والتي لم تنل من نشاطهم إطلاقاً. ولكنه لم يتورّع أيضاً، شأنه شأن الأطبّاء، عن قول بضع حقائق مزعجة للمرضى.

تمتاز «مقالات في البرودة الضارّة» عن الأعمال الطبية الصينية الأولى بقربها من التطبيق والممارسة. ففي 22 مقالة منفصلة يذكر هذا العمل حوالي 400 قاعدة لمعالجة الأمراض و113 وصفة طبية. ويُستدلّ من عنوان العمل «مقالات في البرودة الضارّة» على أن العامل المرضي – «البرودة» (algor) احتلّ لدى Zhang Zhongjing، وانطلاقاً من خبرته السريرية الخاصّة، مركز الصدارة في أفكاره المنهجية. وقد قصد Zhang Zhongjing بـ Shanghan، أي «البرودة الضارّة»، طيفاً واسعاً ممكناً من الاضطرابات يمتدّ من «إصابات البرد» المبتذلة أو الزكام وصولاً إلى الأمراض الإنتانية المهدِّدة للحياة، بما فيها التيفوس. وتقوم الباتولوجيا التي طوّرها بالنظر إلى معالجة هذه الأمراض على مفاهيم كانت مألوفة لدى معاصريه من «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، وفي مقدمتها دورة Yang – وYin ثلاثية الأقسام تشمل Yang فتيّاً، Yang قويّاً، فرط إشعاع Yang، ثم Yin فتيّاً، Yin قويّاً وYin متراجعاً. وباستخدام هذه المعايير المعروفة، قام بتطوير مخططٍ تشخيصي وعلاجي يكاد لا يعتمد سوى على استعمال الأدوية فقط دون غيرها.

وقدّم بضع مئات من الوصفات الطبية، من بينها 100 وصفة لا تزال حتّى اليوم تشكِّل العماد الكلاسيكي لكل علاج دوائي في شرق آسيا بأكمله، لا بل تشكّل في تراث الطب الصيني المنبعث في اليابان من جديد (Kampo)، منذ بداية قرننا الحالي، طريقة العلاج السائدة والمسيطرة على كل سواها.

إلى ذلك فقد أدلى Zhang Zhongjing بدلوه أيضاً في تطبيق ما نسمّيه اليوم إجراءات المعالجة الفيزيائية، وقبل كل شيء في التعرّق، استعمال الماء البارد، الحقنة الشرجية، الصحّة العامّة (Hygiene) ...إلخ.

وفي هذا الصدد ينصح: «خذ مرارة خنزير كبيرة، امزج المفرز الصفراوي مع قليل من الخلّ. ثم خذ عوداً من الخيزران طوله من ثلاثة إلى أربع بوصات، أدخله في الشرج حتّى منتصفه ودع المزيج يجري إلى الداخل»[91].

ثمّة كتابات أخرى لـ Zhang Zhongjing حول الطرق التشخيصية، أمراض النساء، الفم والأسنان، وكذلك حول قواعد النبض، إلاّ أنها مفقودة جميعاً. ولعلّ الفضل في عدم تعرض Shanghanlun للمصير ذاته، يعود إلى الطبيب Wang Shuhe أيضاً الذي قام حوالي 280 بعد الميلاد بتدوين ستة من الأجزاء العشرة الأصلية. وقد تبيَّن فيما بعد أن «الصراخ الذهبي» (Jingui Yaolue)، والذي اعتُبر لفترة طويلة عملاً مستقلاً لـ Zhang Zhongjing، كان متطابقاً في خاصياته المهمّة مع الكتب الأربعة الأخرى لـ Shanghanlun.

Hua Tuo:

لقد اعتبَر الصينيون الطبيب Hua Tuo، حتّى في حياته، رجلاً – معجزة رهيباً نوعاً ما يتمتّع بقدرات جبّارة فوق بشرية. ويدعو تكوين اسمه غير المألوف لدى الصينيين إلى الظنّ بأن Hua Tuo كان صينيّاً مجنَّساً، وأنه هو شخصيّاً، أو أبواه كانا قد هاجرا من آسيا الوسطى إلى مملكة الوسط. وفي كل الأحوال لا بد أنه، تبعاً لكل ما وصلنا عنه، لم يكن طبيباً ماهراً فقط، وإنما أيضاً شخصيةً لامعة، ويدلّ على ذلك مثلاً القصّة المرضيّة التالية: «كان هنالك حاكم مريض بشدّة منذ فترة طويلة. وكان من رأي Hua Tuo أن الحاكم يمكن أن يُشفى فيما لو أغاظه المرء أو أغضبه. لذلك فقد أخذ منه الكثير من الأتعاب دون أن يقدّم له أيّة خدمة طبية لقاءها. وتخلى عنه دون سببٍ ظاهر تاركاً له رسالة فظّة. فاحتدّ الحاكم وكان اغتياظه شديداً فعلاً. فقام بإرسال أحدهم وراء Hua Tuo، وكلفه بقتله، ولكن هذا الأخير كان قد بات بعيد المنال. لذلك أُصيب الحاكم بثورة غضب، شُفي على إثرها»[92].

يبيّن هذا المثال أن Hua Tuo، والذي يُعتقد أنه عاش من عام 141 إلى عام 203، وبذلك كان معاصراً لـ Zhang Zhongjing، لم يكن يتورّع عن ممارسة طرق العلاج العنيفة أيضاً. ويقال إنه لم يخطئ أبداً في تشخيصاته أو في إنذاراته فيما يتعلّق بسير المرض. ولعلّ القصّة المؤكّدة لزوجة الجنرال Li، والتي استدعي إلى فراش مرضها، توضِح أيّة إنجازات غير عادية حققها Hua Tuo:

«فحص Hua Tuo النبض وقال: (لقد أصيبت «أثناء الحمل» بأذيةٍ دون أن يتم إسقاط الجنين). وأكّد الجنرال أن زوجته كانت قد تعرّضت بالفعل لأذية، ولكنه ادعى أنها فقدت الجنين من جرائها. ولكن Hua Tuo أصرّ قائلاً: (بناءً على تشخيص النبض، فإن الجنين لم يسقط بعد). ورأى الجنرال أن Tuo مُخطئ، إذ إن حالة زوجته تحسّنت قليلاً. ولكن بعد حوالي مئة يوماً، عاد المرض إلى الظهور بشدّته السابقة مجدّداً، واستُدعي Tuo ثانيةً. وقال موضِّحاً: (لا زال تشخيص النبض ذاته كما في المرّة الأولى. إذن لا بد أنه كان هناك جنينان. لدى ولادة الأوّل حصل نزف دموي شديد، وحال (إنهاك الزوجة) دون إخراج الجنين الثاني أيضاً، صحيح أنه توفي في هذه الأثناء، ولكن النبض لم يعد إلى إيقاعه الطبيعي). عندئذٍ قام بتطبيق بضعة مخاريط تسخين (Moxa) على ظهر الزوجة، وبوخز نقاط التنبيه الموافقة بالإبر، وأعطى المريضة دواءً ما. وفي الحال بدأ المخاض، ولكن دون أن تحدث ولادة. فقال Tuo مفسِّراً: (إن الجنين الميت متجفّف بحيث لا يمكن حدوث ولادة تلقائية). وجعل أحدهم يساعده بيده. وبالفعل تم استخراج جنين ميت كان لا يزال بالإمكان التعرّف على هيئته البشرية بوضوح، رغم لونه الأسود»[93].

إن ما يلفت الانتباه في اختيار Hua Tuo للوسائل العلاجية هو وفرة مواهبه وتنوّعها الفائق. فإلى جانب المعالجة الكلاسيكية بالأدوية أو بالوخز بالإبر والتسخين النقطي، كان أيضاً من أتباع المعالجة المائية، أي الاستشفاء بالماء – وكذلك الرياضة الطبية. فقد وصلنا على سبيل المثال حالة امرأة مريضة بالحمّى كان قد جعلها تجلس في حوض الاستحمام، رغم الطقس البارد، ووصف لها 100 صبّة باردة. ورغم أن المرأة أخذت تنتفض من القشعريرة، فإنه، وبلا رحمة، لم ينه المعالجة حتّى الصبّة الأخيرة. وبعد ذلك كان على المريضة التعرّق بشدّة في سرير مُدفّأ مسبقاً، وهكذا استعادة صحّتها ثانية. بمثل هذه المعالجات يكون الطبيبان الصينيان Zhang Zhongjing وHua Tuo قد أسّسا المعالجة بالماء قبل فنسنت بريسنيتس وسيباستيان كنايب بسبعة عشر قرناً – وتلك معلومة جديرة بالاهتمام أيضاً.

كما أن أقوال Hue Tuo المتقنة حول الأثر العلاجي والوقائي للرياضة الطبية، لها وقع الحداثة بشكل صريح أيضاً: «كل إنسان لديه نزوع نحو القيام بالحركة، إلاّ أن معظم البشر لا يدركون الكمال في ذلك. عندما يتحرّك الإنسان، يمكنه استهلاك الطاقة المأخوذة مع الغذاء، وتدور العصارات النابضة دون إعاقة، ولا يمكن أن ينشأ المرض. والحال هنا تشبه مفصّلة الباب التي لا

تصدأ. لذلك فقد مارس الخالدون في العصور القديمة تمارين التمطيط والتمديد، وضعية الدب المتسلِّق والبومة التي تدير رأسها، الدوران في الوركين وحركات كافة المفاصل عموماً، وذلك لإهمال التقدّم في السنّ. وأنا أيضاً لديّ طريقة أسميها ألعاب الحيوانات الخمسة، وهي النمر، الغزال، الدب، القرد والعصفور. وبهذه الطريقة لا يمكن شفاء أمراض معيّنة فحسب، وإنما يصل المرء عموماً إلى حركية أكبر في المفاصل الكبيرة والصغيرة. فعند ظهور تشنّج في الجسم أثناء التمطيط والتمديد (المألوفين)، ينتقل المرء إلى ممارسة إحدى هذه الحركات الحيوانية، فيحدث الاسترخاء في الحال، مع هجمة تعرّق معمَّم»[94].

هذا الاقتباس المأخوذ من ترجمة ذاتية رسمية لـ Hua Tuo في «تاريخ الإمبراطوريات الثالث» كان يمثِل، ولزمنٍ طويل، أقدم شاهد على الممارسة الأولى لنوعٍ من الرياضة الطبية. ولم يُبلَّغ إلاّ في الزمن الحديث، وفي الحقيقة عام 1975، عن اللقية الأثرية لسجلاتٍ من الصور التي رُسِمَ عليها بكل وضوح مثل تلك الرياضة الطبية، وقد عُثر عليها في قبرٍ يرجع إلى عصر Hua Tuo تقريباً.

إذن يؤكد علم الآثار الحالي ما كان المرء قد استشهد به من الأعمال التاريخية مع بعض التحفّظات، ألاّ وهو الوجود المسبق لرياضة طبية متطوّرة في الصين حول بدء التاريخ الميلادي. وتجد كافة تقنيّات التاوية المتعلّقة بالموضوع جذورها في هذا التراث، حتّى تلك البدائل الحديثة التي يسعى المرء في كل أنحاء العالم إلى تعلّمها وممارستها، كملاكمة Taiji.

والحق أن Hua Tuo أحرز صيته الأعظم بإنجازاتٍ لا تعتبر فريدة من نوعها وحسب، وإنما أيضاً – وهذا ما يجب الانتباه إليه – منعزلةً في تراث الطب الصيني: فقد كان في الحقيقة جرّاحاً موهوباً أيضاً. وكان يؤمِّن لمريضه، قبل أن يفتح جسمه، عدم الإحساس بالألم بمساعدة مهروس القنّب وغيره من الأدوية غير المذكورة التي كان يقدّمها لمرضاه كي يشربوها. «إذا كانت الآفة في المعدة أو الأمعاء، كان يشقّها ويغسلها (مهروسٍ دوائي)[95]». كما يُروَى أيضاً عن العمليات الجراحية الأخرى التي استأصل فيها أجزاء من الطحال. وكان يخيط جروح العمليات بخيوطٍ مبلَّلة. ويمكن وصف التقارير حول شفاء الجروح بأنها مناسبة حتّى بالمقاييس الحالية للجراحة: زوال ألم الجرح بعد خمسة أيام، وشفاء تام بعد حوالي شهر واحد.

لا يمكن تفسير مثل هذه النجاحات إلاّ إذا افترض المرء أن Hua Tuo كان في حوزته آنذاك أدوية مطهِّرة. أما موضوع ماهية هذه المواد فبقي سرّاً. كما أنه لم تصلنا أدويته التي كان يستعملها في كبح الألم قبل العمليات الجراحية. إلاّ أنه يجدر بالذكر، في سياق المناقشة الحديثة للوخز بالإبر، أن Hua Tuo لم يستخدم أيّة إبر من أجل تسكين الألم، رغم أنه كان معلّماً في المعالجة بالإبر والتسخين النقطي. هذا ما يدل مجدّداً على أن تسكين الألم بالوخز بالإبر لا يمثِل تقنية «عمرها آلاف السنين»، وإنما تطوّراً حديثاً.

وعندما يُنشد اليوم أطبّاء غربيون إرجاع هذه الطريقة إلى الأزمنة المبكرة من تاريخ الطب الصيني، كي يُضفوا عليها ثقةً أكبر، وكي تغدو أكثر جدارةً بالتصديق، فإن تصرّفهم لا يختلف عن تصرّف المؤلّفين المجهولين لـ «المؤلِّف الكلاسيكي الداخلي»، والذين نسبوه إلى الأمير الأصفر.

يُعتبر التدبير الجراحي لجرحٍ متسمِّمٍ في عضد الدوق الباسل Guan، بعد إصابته بسهم، إحدى أكثر الحالات شهرة في الأدب الطبي الصيني. فقد شرح Hua Tuo للمحارب أنه يريد كحت وتجريف الجرح حتّى العظم لإخراج السمّ، وقد ترافق التداخل الجراحي بآلامٍ مبرِّحة. ولكن الدوق – حسبما قيل – «صرخ ضاحكاً: (ما هذا على الله بكثير!). وأمر بتقديم النبيذ ليشرب مع ضيفه.... وبعد أن احتسى الدوق بضع أكواب، جلس ثانية ليستأنف لعبة الشطرنج المتوقّفة مع Maliang، ولكنه أثناء ذلك مدّ ذراعه كي يستطيع Hua Tuo فتحه. تناول Tuo سكيناً حادّة، وجعل مساعده يمسك وعاءً كبيراً أسفل الذراع ليتلقّف الدم وقال: (إذن سأبدأ، أتمنّى على سعادتكم ألاّ ترتعبوا!). فردّ الدوق قائلاً: (قم بما يتطلّبه فنّك! هل تراني رجلاً عاديّاً ساذجاً يخشى الألم؟). فقام Tuo بقطع الجلد والعضلات حتّى العظم الذي كان لونه ضارباً إلى الزرقة. ثم أخذ يكحت العظم بالسكين، بحيث أمكن سماع صوت الكحت. وبينما أشاح كل من في الخيمة بنظرهم ممتقعي الوجه، أقبل الدوق على النبيذ ووجبة اللحم، وهو يلعب الشطرنج بانشراح، ولم يبد أيّ اكتراث بالألم. وبعد زمنٍ ليس بالقصير، عندما بدأ الدم المتدفِّق يملأ الوعاء، كان Tuo قد أزال كل السم، ودهن دواءً ما وأخاط الجرح. فنهض الدوق ضاحكاً بصوتٍ مرتفع وقال للضباط: (أصبح بالإمكان الآن بسط الذراع ثانيةً، كما في السابق، وهي لا تؤلم إطلاقاً. إن المعلِّم طبيب رائع حقاً»[96].

ولقد كانت نهاية هذا الطبيب الرائع نهايةً غير متوقّعة حملها إليه ضعفٌ بشري. فقد كان عالج ذات مرّة بنجاح الوصيّ الإمبراطوري Cao Cao، وهو آنذاك الرجل الأقوى في الصين،

ولذلك أُلحق Tuo بحاشيته. غير أن Tuo أخذ يعاني من حنينٍ شديد جدّاً إلى الوطن، وبحجّة ضرورة تسوية مسائل عائلية ملحّة، قام بطلب إجازةٍ قصيرة، لم يعد بعدها إلى البلاط ثانيةً. وبعد محاولات Cao Cao غير المجدية لإعادة الطبيب إلى بلاطه، أمر باعتقاله وحكم عليه بالإعدام. لقد كانت كرامة الحاكم مجروحة لدرجة أنه ضرب عرض الحائط بشفاعة أحد أرفع وجهاء البلاط وترك الطبيب يُقتل. «لدى لقائه الموت، أراد Hua Tuo أن يعهد لمراقب السجن بمخطوطةٍ طبية، لم يقبلها هذا الأخير خوفاً من العقاب. ولم يلحّ Tuo عليه، بل طلب منه ناراً وحرقها». على هذا النحو تم إتلاف عملٍ مهمّ، على ما يُعتقد، من الأدب الطبي الصيني من قبل المؤلِّف نفسه. وذلك مؤسف جدّاً، لأن المخطوطة، ربما كانت تحتوي مجموعة من المعلومات التي تقع خارج إطار نظرية الطب المنهجية، ولذلك فهي غير متوارثة في أيّ مكان آخر.

Huangfu Mi والـ Zhenjiu Jiayjing:

كان Hua Tuo طوال حياته يخجل من كون الفضل في شهرته يعدّ لـ «فنّه الطبي». إذ إن الصينيين وإن كانوا يبجّلون خيرة الأطبّاء، كالآلهة تقريباً، إلاّ أنهم لم يعترفوا لجماعة الأطبّاء إجمالاً بمكانةٍ عالية في سلم المراتب الاجتماعية. أما Huangfu Mi فلم يضطر إلى مثل هذا الشعور بالنقض. إذ إنه، وبوصفه علاّمة كونفوشيوسيّاً معتبراً، لم يمارس تأثيره كطبيب فقط. ومع ذلك يعود الفضل في ضمّه إلى معبد ملوك الطب لكتابه «المؤلَّف الكلاسيكي المنهجي في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي». ولا يزال هذا الكتاب إلى اليوم عملاً أساسياً في الوخز بالإبر والتسخين النقطي (moxibustion).

في هذا العمل جمع Huangfu Mi مجمل معرفة وعلم العصر في ذلك الوقت حول المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي، مُستنداً، كسائر الأطبّاء قبله، إلى الـ Huangdi Neijing. ولكن يُرجَّح أنه حفظ مفاهيم وآراء أطبّاء آخرين أيضاً حول المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي، للأجيال القادمة. يذكر Huangfu Mi 354 نقطة تنبيه، ويقدّم وفرة من الإشارات العملية أيضاً في باتولوجيا مفصَّلة. ويجدر بالملاحظة، إضافةً إلى ذلك، أنه تناول في فصلٍ خاص تلك الثقوب (foramina) التي لا يجوز وخزها.

Wang Shuhe وكتابه «المؤلف الكلاسيكي للنبض» (Mojing):

وثمّة اسم مهمّ آخر يعود إلى تلك القرون التي خرج فيها الطب الصيني من الغُفلية، ألاّ وهو اسم الأديب والمفكّر الطبي Wang Shuhe الذي يُعتقد أنه عاش من عام 265 – إلى عام 317. وقد عُرِفَ قبل كل شيء كمؤلف لـ Mojing، «المؤلَّف الكلاسيكي للنبض». ونجد في هذا العمل لأوّل مرّة عرضاً مفصَّلاً لتشخيص النبض. ويناقش Wang Shuhe، فضلاً عن ذلك، المسائل العامّة في الباتولوجيا بإسهابٍ أكبر ما كان قد فعل Zhang Zhongjing مؤخّراً. (لنذكِّر هنا أن Wang Shuhe قام بتحقيق أعمال Zhang Zhongjing، الذي عاش وعمل قبل ذلك بقرن من الزمن تقريباً، بصورةٍ مُتقنة، وبالتالي قدّم إسهاماً مهمّاً في الحفاظ عليها وانتشارها).

إن ما قام Wang Shuhe بتدوينه في «المؤلَّف الكلاسيكي للنبض» كان عبارة عن ترتيبٍ للتقاليد الطبية التي كانت في متناوله. إلاّ أن عمله بعيد جدّاً عن التخطيط الأيقوني للنبض (Pulsikonographie) بشكله المنهجي الحالي. وباستطاعة المرء أن يدرك من خلال هذا التطوّر أن المصطلحات، وإن لم يطرأ عليها سوى بعض التغيّر في جزيئات قليلة على مدى أكثر من ألف وخمسمئة سنة، إلاّ أن مضمون المفاهيم كان خاضعاً لعملية شرح وتدقيق مستمرّة. لذلك فإن دراسة «المؤلَّف الكلاسيكي للنبض»، وإن كانت ذات أهمية كبيرة بالنسبة للمؤرّخ الطبي، إلاّ أنها لم تعد تلعب أيّ دور يُذكر في الممارسة الحديثة والعقلانية لتشخيص النبض بحسب روح الطب الصيني التركيبي – الاستقرائي.

Chao Yuanfang والـ Zhubing yuanhoulun:

بناءً على أمرٍ قيصريّ قام العلاّمة المُعتبر Chao Yuanfang، في بداية القرن السابع، بتشكيل لجنة من الأطبّاء أنجزت في غضون سنوات قليلة عملاً لا يُستهان به. ونتيجة لهذا العمل رفعت اللجنة في عام 610 إلى العرش «مقالاتٍ في منشأ وسير جميع الأمراض»، Zhubing yuanhoulun، مُقسَّمةً إلى 50 فصلاً. وقد ضمّ هذا العمل كلاًّ من التشخيص التفريقي وإنذار 1720 صورة مرضيّة.

تتمتّع «المقالات» بأهمية كبيرة من نواحٍ مختلفة. فهي أوّل مثال في تاريخ الطب الصيني على جمعٍ علميّ في ميدان الطب ينجزه أطبّاء مؤهَّلون بناءً على تكليف حكومي. كما أنها شكّلت، بما هي كذلك، مدرسةً في الصين حتّى عصرنا الحالي.

إلى ذلك فهي توثيق تخصّصي متّزن للغاية. إذ لا تمثِل شاهداً أكيداً على المستوى المعرفي في تلك الحقبة وحسب، وإنما بإمكانها أيضاً أن تخدمنا كمقياس مقارنة لما وصلنا من الطب من أجزاء العالم الأخرى.

هذا العمل المحقَّق بإتقان والمنشور بدعم من أعلى سلطة حكومية – وكان اختراع الطباعة قد تم في الصين قبل ذلك مباشرةً – مارس تأثيراً كبيراً ليس على المعاصرين فقط، وإنما أيضاً على الباتولوجيا وعلم تصنيف الأمراض في الزمن اللاحق (وفي بعض النواحي حتّى يومنا هذا).

نجد في هذا العمل، انطلاقاً من المنظور المنهجي للطب الصيني، وصوفاتٍ واضحة لكلّ من الجدري، الطاعون الدمّلي، الحصبة والزحار، وإشاراتٍ مبكرة، لا مثيل لها مقارنةً مع الغرب، إلى أعراض مرض البري بري والعوامل المحدثة له.

Sun Simo و«الوصفات المهمّة التي تساوي ألف عملة ذهبية» (Qianjin yaofang):

يَسِمُ شخص Sun Simo وأعماله، من وجوهٍ عدّة، قمّة الطب الصيني ونقطة تحوّله في آن معاً. ويعتبر Sun Simo، كطبيبٍ وإنسان، آخر الممثِلين الكبار لتراث الطب الإيزوتيري الذي كان قد نهل معرفته من الموروث الشفهي ومن التراث الذي كان يجري نقله من المعلِّم إلى تلميذه، والذي لم يكن يُنقل سوى إلى أخلاف مختارين قلائل فقط. كافة الروايات القليلة التي وصلتنا عن حياته تتّفق على أن Sun Simo رفض العمل في مكتب الطب الإمبراطوري الذي كان توطَّد في تلك الأثناء في العاصمة، مفضلاً الانغماس في مشاهداته وملاحظاته الطبية وطموحاته الأدبية في عزلةٍ تامّة في صومعةٍ جبلية. رغم ذلك لا بد لنا من وصفه بأنه رائد لعصرٍ جديد، إذ إنه كان يرمي إلى أن يترك لأخلافه تركيباً أو توليفاً كاملاً لمجمل المعرفة الطبية آنذاك. ولا بد أنه عمل على هذه

المهمّة التي وضعها لنفسه بتصميم وصبر، ويُفترض أنه عاش 100 سنة، من عام 582 إلى عام 682.

تبدأ أوّل مجموعة كبيرة لـ Sun Simo بمقالة حول تدريب الطبيب وأخلاقه المهنية، تعقبها نبذات حول نزاهة الطبيب، أسس التشخيص والمعالجة، الوصفات الطبية، استعمال الأدوية، مزج مكوِّنات الأدوية، طرق تناول الدواء وحول حفظ الأدوية. ويلي ذلك 29 فصلاً آخر، الأوّل منها مكرّس لطب النساء ويدرس، فيما يدرس، السؤال المهم: كيف يمكن ضمان الحمل والمحافظة عليه؟ وتعالج الأجزاء الأخرى من العمل الحقول العلاجية التخصّصية الأخرى في الطب – والجديرة بالاهتمام نسبة إلى ذلك الوقت – بشكلٍ منفصل، مثل طب العيون، طب الأذن، طب الفم، طب الأسنان، تشخيص ومعالجة مسحوبين على الدارات.

أخيراً يجدر بالملاحظة باب مخصّص لطب الطوارئ (الإسعاف الأولي) في حالات الإغماء الفجائي، لدغات الأفاعي، الاعتداءات أو الحروق. وثمّة باب مكرّس للمسائل الصيدلانية، وقبل كل شيء الحصول على الأدوية وتحضيرها. إلى ذلك لا بد من ذكر باب مكرّس للصحّة العامّة (Hygiene) مع إرشادات تغذوية، صحّة ظروف السكن، التدليك، الرياضة الطبية، توجيه Qi، بما في ذلك إدارة التنفّس. والصحّة الجنسية. وهنالك فصل يعالج بالتفصيل تشخيص النبض، وآخر يعالج الوخز بالإبر.

ويتناول Sun Simo في وصفاتٍ مكمِّلة المعرفة نصف الإيزوتيرية والتأمّلية، وليس مجرّد عرض مفصّل لطاقوية الأطوار، أي للنظرية المزدهرة في عصره تحديداً، والتي تدور حول تعلّق الاستعداد للمرض وأنماط الأمراض بالزمن. فهنا لا يستبعد Sun Simo الإرشادات والوصفات السحرية أيضاً المستقاة من التراث التاوي والطب الشعبي.

على أن مجموعة Sun Simo المقتضبة لم تكن مجرّد تركيب كامل معقول لمجمل التقاليد الطبية الحيّة في عصره، فقد هيّأ بعمله للتطوّر المستقبلي أيضاً: تقسيم الطب إلى اختصاصاتٍ مفردة – مثلما أصبح الحال بديهيّاً في نهاية حياته في أكاديمية الطب الإمبراطورية. ولأوّل مرّة أيضاً تم نشر الأساس التجريبي والخبرة الأساسية، وذلك عن طريق الضمّ الأكثر تساهلاً لكافة التقنيات التي كان المرء يعزو لها تأثيراً ما على صحّة الإنسان وعافيته وعلى إطالة الحياة، وعن طريق ضمّ المؤثرات والابتكارات الأجنبية: عندما وصلت الثقافة الصينية إلى أوجها في عهد

الأباطرة – Tang الأوائل في القرن السابع والثامن، وُجد في العاصمة، التي كانت تَعدّ أكثر من مليون نسمة، أحياء بأكملها يقطنها أفراد من شعوب آسيا الوسطى، وخصوصاً من الأتراك الذين لم ينشروا في الصين أطعمة جديدة، تحفاً فنية وتقنيات وفنوناً حرفية وحسب، وإنما أيضاً أدوية جديدة. وذلك يفسّر وصف Sun Simo في عمله الأوّل ما لا يقل عن 863 دواء مختلفاً، بزيادة 200 عمّا كان معروفاً قبل 150 سنة.

يُعتَبر ملخَّص Sun Simo الرائع ينبوعاً لم يُستنفد بعد إلى حدّ بعيد بالنسبة للمفكّرين الطبيين، وبصورة غير مباشرة بالنسبة للأطبّاء السريريين أيضاً. إذ رغم الحجم الضخم لكتاباته، فإنها بالتأكيد مجرّد خلاصات وموجزات لمعارف وموروثات تفصيلية جدّاً كان يجري آنذاك تطبيقها وتناقلها من قبل أطبّاء غُفل لا حصر لهم، ولكنهم أكفاء للغاية كما هو واضح. وعندما نثبت مثلاً أن Sun Simo وصف جذر Dichroae (Changshan) الذي كان قد وصل إلى الصين قبل ذلك بوقتٍ قصير فقط، وبات أكثر أدوية الملاريا فعالية في دستور الأدوية الصيني، فإننا لا نحظى سوى بتصوّر باهت حول ما قام Sun Simo، كمؤلِّف طبي، بجمعه من معرفةٍ طبية خلال الازدهار الأكثر روعةً للثقافة الصينية.

ازدهار وانقلاب الطب الصيني

كان Sun Simo كما رأينا، آخر ممثلي التقليد العلمي الذي يقضي بنقل المعرفة الطبية حصراً من المعلِّم إلى قلّة من التلامذة، وغالباً من الأب إلى الابن. وكان الأمراء يقومون بإصرارٍ متزايد باستدعاء مشاهير الأطبّاء إلى بلاطهم، إنما دون اهتمامٍ بتدريب الناشئة الطبية. صحيح أنه وُجد خلال الحقبة القصيرة لأسرة Sui، وفيما بعد في عهد الأباطرة – Tang – أي منذ القرن السابع – مكتبٌ طبي أعلى، كان يجري فيه إعطاء الدروس أيضاً، إلاّ أن وجود هذا المكتب كان بائساً فعلاً، وتم حلّه بصورٍ مختلفة. ولم يُلزم بالبقاء سوى القليل من الموظّفين الطبيين، وعلى ما يُظنّ بالقدر الذي كان يراه البلاط مناسباً لخدمته الطبية.

وأتت أسرة Sung لتحمل معها تغييراً حاسماً تم في ظلّه تشجيع سائر الفنون والعلوم، بما فيها الطب أيضاً، بصورةٍ منهجية من قبل البلاط. وفي عام 1078 تم تأسيس المكتب الطبي الأكبر (Taiyiju) كمصلحةٍ مستقلّة بذاتها. وبذلك تم خلق الشروط المادّية أيضاً لتكشّفٍ غنيّ للطب، بعد أن كانت الأسس الفكرية قد نضجت جدّاً عبر ما يزيد عن ألف سنة من التقاليد.

وكانت تتبع المكتب الطبي الأكبر مدرسة أطبّاء تضمّ 300 مقعد دراسي وقسماً خاصاً لطباعة وإصدار الأدب الطبي الموروث والجديد. وكان على كافة الطلاب، وكل العاملين في السلك الطبي أيضاً، الخضوع كل سنة لامتحانات صارمة. كما قاد تعاون ذوي العلم الأكثر بروزاً في كامل البلاد وتنافسهم بصورة غير معروفة حتّى الآن، قاد الطبَّ إلى ازدهارٍ جديد، إن في انتشاره أم في نضجه. وفجأةً عرفت مؤلَّفات الأدب الطبي الأولى، غير المتوفّرة سوى في نسخٍ قليلة بخطّ اليد، انتشاراً جديراً بالملاحظة في طبعات رخيصة الثمن ومُحقَّقة بإتقان. أما الوصفات الدوائية المجرَّبة والموثوقة من كافة أنحاء الإمبراطورية فقد تم جمعها وطبعها في مجموعاتٍ شاملة. كما ظهرت

أيضاً، شيئاً فشيئاً، رسائل في حقولٍ مفردة وفي مسائل تخصّصية في الطب الصيني. وقد مقدّمتها رسائل في استعمال الأدوية (دستور الأدوية بأوسع معانيه)، في علم الأمراض العام، طب الأطفال، طب النساء والتوليد، المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي أو في الطب الشرعي، ذاكرين أهم الفروع فقط. إضافة إلى ذلك، تم في مراكز الأقاليم إنشاء مرافق على غرار المكتب الطبي الأكبر.

بالرغم من تكشف الطب العلمي هذا، لا يجوز لنا تجاهل أن مهنة الطب لم تكن تتمتّع بالحماية حتّى في ذلك العصر. لم تسرِ تعليمات التدريب والامتحان سوى على المكتب الطبي الأكبر أو المدارس الطبية الأخرى. فإلى جانب ذلك كان يجوز لكلّ من منّى نفسه بمنفعةٍ ما من ذلك أن يسمّي نفسه طبيباً ويُعالج المرضى. وبقيت قاعدة الأطبّاء المؤهّلين جيّداً ضيّقة جدّاً من الناحية العددية، فإلى جانب الممارسين ذوي الخبرة، كبرت أم صغرت، كان هناك أيضاً جيش من الأشخاص الأقلّ موهبة، الرقائين والمداوين – المعجزة الجوالين، والذين كانوا يعرضون خدماتهم وقدراتهم بأصواتٍ رنانة في الأسواق.

الانحطاط:

من المهم جدّاً الآن، من أجل فهم الطب الصيني، أن ندرك بوضوح أنه مع دفعات ازدهار الطب – تركيز خيرة العلماء في المعاهد، التدريب والامتحان المراقبان وإصدار الأدب الطبي المطبوع – تم في الوقت نفسه زرع بذور انحطاط هذا الطب أيضاً. ويمكن تأريخ البوادر الأولى لهذا التدهور، بنظرةٍ تاريخية راجعة، في الفترة الممتدّة بين القرنين الثاني عشر والرابع عشر. فقد تشكّلت آنذاك في المكتب الطبي الأكبر، وكنتيجة للتخصّص المعمول به، أربع «مدارس» أي أربعة تيارات علاجية، كل منها يفضّل طرقاً علاجية محدَّدة ضمن طيف المعالجات المعروفة، ويهمل الباقي.

كان ذلك نتيجة للمفهوم الكونفوشيوسي للعالم الذي تدرَّب حسب روحه الأطبّاء الموظّفون في المكتب الطبي الأكبر أيضاً. وكنّا قد نوّهنا مسبقاً إلى قلّة اهتمام الكونفوشيوسية بالملاحظة المباشرة للطبيعة، وقد تم تعزيز هذه النزعة أكثر فأكثر جراء توافر المعرفة الضرورية بمجملها في المكتبات مع إدخال الطباعة. لقد اتّفق انحطاط الطب الصيني، كعلم قائم تحديداً على علاقة تجاذب بين التنظير العقلاني والملاحظة المنظّمة للطبيعة، مع التطوّر الذي وضع التأمّل الفكري

فوق الملاحظة التجريبية. كما شاعت في ذلك الوقت الشقاوة المدرسية لجمع كتبٍ «جديدة» من الأدب المتوفّر، وساهم في ذلك، مع مرور الزمن، المزيد من خدّام الحكومة المثقفون أدبيّاً، ولكن غير المؤهّلين في الطب. ومن السهولة بمكان إدراك أن مثل هذا الطب فقد علاقته بالواقع بسرعةٍ كبيرة. إن الفكر الصيني فائق المرونة يميل إلى التأمّل – النظري والعقلاني دون شك. ولطالما أثبت هذا التأمّل أنه مثمر، وتأكّدت فائدته بالنسبة للطب عن طريق الاختبار التجريبي وأثبت صلاحيته في التطبيق العملي. إذن فانهيار الطب العلمي مرتبط بالانتقال إلى التعلُّم من الكتب بشكلٍ صرف. ومن هذه الوجهة ساهم اختراع الطباعة في القرن التاسع في هذا الانحطاط بصورة غير مباشرة.

بذلك نكون قد أوضحنا الأسباب الحديثة التي لم تنبعث بأيّ حال بصورةٍ مباغتة، وإنما حدَّدت معالم تطوّر الطب الصيني حتّى هذا القرن، أي عبر ما يزيد عن خمسمئة سنة. ومن الطبيعي أنه وُجد خلال هذه الفترة استثناءات أيضاً عاكست التوجُّه العام. فإلى جانب الرسائل الجديرة بالملاحظة في المسائل الطبية المفردة، شهد الأدب الصيدلاني والدوائي خصوصاً إغناءات مهمة. وهذا ما يمكن تفسيره بالميل القائم آنذاك إلى الاستفادة المنهجية من الأدب المتوفّر.

وهكذا، وعلى سبيل المثال، فقد حقّق الطبيب Tang Sheweni من Sichuan كتابه «دستور الأدوية المنهجي» (Zhenglei Bencao) في عدّة صيغٍ منقّحة، ظهر آخرها في عام 1159. وفي هذه المجموعات تم وصف ما لا يقلّ عن 1740 دواءً مختلفاً.

في القرن الثالث عشر، حيث كان الطب الصيني لا يزال في أفضل أوقاته، عاش Zhang Yuansu الذي يعتبر حتّى يومنا الحالي المصنِّف المنهجي الأكثر أهميةً لعلم الأدوية في الصين. فهو لم يؤسّس المعالجة المسحوبة على الدارات كل على حدة وحسب، وإنما أسَّس أيضاً، من خلال تشديده على تقنية الوصفات الطبية، المعالجة الدوائية العلمية قبل كل شيء. وقد قدّمت مدرسة Zhang Yuansu أطبّاء وصيادلة ذوي شأن، قاموا بمواصلة عمله.

أما أوج هذه الاستثناءات فيمثّلِها «دستور الأدوية في الأقسام والأقسام الفرعية» (Bencao qangmu) للطبيب Li Shizhen الذي عاش من عام 1518 إلى عام 1593.

في عمل دام 30 سنة تقريباً استفاد Li Shizhen من مجمل الأدب الصيدلاني المتوافر آنذاك، وقام بعدّة جولات استطلاعية داخل الصين. وقد وصف إجمالاً 1892 دواءً مختلفاً، منها 374 لأوّل مرّة. ويضمّ عمله، فضلاً عن ذلك، تأسيساً للمعالجة الدوائية، فصلاً في الباتولوجيا وجدولاً بالصور المرضيّة. وبهدف توضيح الاستخدام السريري أرفق عمله بأكثر من 10000 وصفة طبية. وبعد حوالي 200 سنة أنجز الطبيب Zhao Xuemin مرّة أخرى ملحقاً لـ Bencao qangmu، ضمَّنه وصف وتقييم 716 دواءً آخر لأوّل مرّة. وبذلك وصل عدد الأدوية رسمياً في الصين إلى أعلى مستوى له على الإطلاق، وهو 2608.

ورغم ذلك كان الانحطاط الحاصل تدريجيّاً في الطب الصيني مترافقاً مع سوءٍ متزايد تدريجيّاً في الحالة الصحّية للناس ومتفاقم دراماتيكيّاً في القرن الأخير. ومع أن إمكانية لقاح الجدري وفائدته كانت قد اكتُشفت في الصين في القرن الحادي عشر، فإن عامّة السكّان تعرّضت مراراً وتكراراً للتفشي الوبائي للأمراض الإنتانية التي كانت موجودة آنذاك. ولما كان الطب الصيني قد وصل إلى أعلى كفاءة في الكشف المبكر عن الأمراض ومعالجتها في الوقت المناسب، فسرعان ما كان يتم، عند معظم المرضى الذين لم يكن بإمكانهم الحصول على طبيب أو سقطوا ضحية أحد المشعوذين، تجاوز تلك العتبة التي لم يعد بإمكان الطب عندها تقديم العون إطلاقاً. لقد كان البشر متروكين وشأنهم عزلاً تقريباً تحت رحمة الأوبئة الفتّاكة التي لا ترحم. وقد صوّر طبيب المفوضية الروسية في الصين آنذاك، آ. تارتارينوف[97]، بصورةٍ بليغة جدّاً، حالة الطب الصيني المحزنة فنّياً وأخلاقيّاً في أواسط القرن الماضي.

الاختراق من قبل الطب الغربي:

وبعد فترة وجيزة، عندما وصلت مع الأطبّاء الأوروبيين الأدوية المكتشفة حديثاً والمضادة للأمراض الإنتانية أيضاً – وقبل كل شيء اللقاح والرعاية الصحّية العلمية – إلى الصين، أمكنها بالطبع تحقيق نجاحاتٍ مذهلة في الصراع ضدّ الأوبئة، وإظهار التفوّق الواضح تماماً للطب الغربي. ولكن كفاءة الغرب لم تتجلّ في مجال الطب فقط، وإنما في كافة مجالات العلوم والتقنية تقريباً. وهذا ما قاد إلى مرحلةٍ من انفتاح الصين على المؤثرات الفكرية القادمة من الغرب. وتمّ حلّ المكتب الطبي الأكبر. وعندما أراد أتباع الطب التقليدي في عام 1914 تأسيس اتّحاد أطبّاء خاص بهم،

رفض وزير التربية والتعليم تسجيله مع الحاشية التالية: «لقد قرّرت حظر الممارسة الأهلية القديمة وإلغاء علم الأعشاب الخام»[98].

على أن «طلباً رسميّاً لإلغاء ممارسة الطب المحلية» لم يتم تقديمه إلا بعد 15 سنة، أي في الجلسة الأولى للجنة الصحّية القومية المنعقدة في Nanking من 23 إلى 26 شباط 1929. وكان في السنوات التي سبقت ذلك قد تم خلق إمكانيات التأهيل في الطب الغربي والاعتراف رسميّاً بهذا «الطب الجديد». وكان لا بد للطلاب في امتحاناتهم من إثبات معارف تتوافق مع معيار الطب الغربي.

ولكن عندما شاع خبر هذه المبادرة، سارع الأطبّاء التقليديون إلى الانتظام في مسيرات احتجاج ومظاهرات لم تُعهد من قبل. وقام أكثر من 2000 طبيب من أتباع المدرسة القديمة بإغلاق أبوابهم احتجاجاً لمدّة نصف يوم، ونقل وفدٌ مؤلَّف من خمسة أطبّاء التماساً ضدّ طلب الحظر لدى وزارة الصحّة. وأخيراً نجح هذا الاحتجاج المنظم للأطبّاء التقليديين، وتم في 17 آذار 1929 رفض طلب الحظر. واعتبرت جمعية الأطبّاء ذلك حدثاً مهمّاً، لدرجة أنها أخذت تحتفل سنوياً بهذا اليوم.

صحيح أن ممثلي الطب التقليدي حقّقوا نجاحاً في هذا النزاع المهني – السياسي، إلاّ أن ذلك بصعوبة غيَّر شيئاً في التقدير الرسمي للطب الغربي وقلّة احترام الطب الصيني. كما لم يغيِّر هذا النجاح شيئاً في قصور الخدمة الطبية لعامّة السكّان. فالشريحة الضيّقة من ذوي السلطة والأغنياء كان بإمكانها الحصول على أيّة معالجة متوافرة في الطب الغربي. أما سواد الشعب فتُرك للمشعوذين. ولكن هذه الخدمة الطبية – على ركاكتها وقابلية الطعن فيها – كانت في أسوأ الأحوال خيراً من لا شيء، وقد يكون ذلك في النهاية السبب أيضاً في رفض طلب الحظر.

ولم يطرأ تحوّلٌ على تقييم الطب التقليدي إلاّ عندما أقرّ ماوتسي تونغ عدم إمكانية تقديم العون للشعب سوى بتعبئة وحشد كافة الطاقات الطبية المتاحة. مما أدّى إلى ذلك التعايش الموصوف سابقاً بين الطب الغربي والطب التقليدي. ورغم أن مركز الصدارة في ذلك احتلّته المقاصد السياسية – الصحّية البراغماتية لخدمة طبية للسكّان واسعة الامتداد قدر الإمكان، وذلك

بالوسائل المتاحة، وليس الطموح العلمي من أجل إعادة بناء النظرية العلمية التي تكاد تكون مطموسة في الظروف القائمة، فقد جرى في الخمسينيات وضع أسس بحث الطب الصيني أيضاً.

في أعقاب تسلّم الحزب الشيوعي بزعامة ماو السلطة، تم تأسيس أكاديميات للطب التقليدي في سائر المدن الكبرى في جمهورية الصين الشعبية. واعتباراً من عام 1954 تم طبع مجمل المراجع بإتقان. وبذلك باتت الأعمال التقليدية، التي لا يكاد بالإمكان دون الاطلاع عليها ومعرفتها الحكم على الطب الصيني بصورةٍ صحيحة، في متناول اليد ثانية، الأعمال التي لم تكن قد طبعت في بعض الأحيان منذ قرون طويلة، وفي بعض الحالات منذ 800 سنة. وفي 18 تشرين الثاني 1958 اتّخذت اللجنة المركزية للحزب الشيوعي ذلك القرار المثمر الذي يُفترض بموجبه بكل من الطب الغربي والطب الصيني مستقبلاً أن «يخدما جنباً إلى جنب». وبذلك تم خلق التكافؤ الحقوقي والمؤسّساتي بين نهجي المعالجة كليهما. ومنذ ذلك الحين تم استحداث نوعين من التأهيل الطبي، بحيث كان لزاماً على الطلاب، تبعاً لاختيارهم أحد منهجي التأهيل، أن يقضوا أربعة أخماس مدّة التأهيل في دروس النظام الذي اختاروه، وتكريس خمسٍ واحد من مدّة الدراسة، وهي خمس سنوات تقريباً، للنوع الآخر من الطب.

التسكين بالوخز بالإبر:

اقترنت توجيهات اللجنة المركزية بالطلب إلى الأطبّاء البحث عن تركيبٍ أو توليفٍ بين الطبين التقليدي والغربي. وكان النتائج الجديرة بالملاحظة لهذه الجهود، ولو أنها غالباً ما عُرِضَت بصورة لا تطابق واقع الحال، ذلك التسكين بالوخز بالإبر الذي رأت فيه العامّة غير الصينية «الوخز بالإبر» بالمطلق، كما قلنا سابقاً. وتم عرض اكتشاف هذه الطريقة في كتيب «Acupuncture Anaesthesia»[99]: «بعد استئصال لوزتيه، كان بلعوم أحد المرضى المصابين بالمرض الشعبي الأوّل في شانغهاي مؤلماً لدرجة أنه لم يكن قادراً على البلع. لذلك قام الطاقم الطبي في قسم الأنف والأذن والحنجرة بوخز إبرة في الـ foramen valles coniunctae،([100] وفي الحال توقّف الألم. وتناول المريض إثر ذلك صحناً مليئاً بالكفتة دون صعوبة. وهذا ما (فتح عيون) العاملين الطبيين: فقد فكّروا، إذا كان بإمكان الوخز بالإبر إزالة الألم، فبإمكانه أيضاً أن يحل محلّ مواد التخدير في عمليات استئصال اللوزتين». وبذلك وُلِدَ تسكين الألم بالوخز بالإبر.

وبناءً على تبادل الخبرات بين العلماء الصينيين وعلى ضرورة الاقتصاد في استخدام الأدوية – وهي هنا مواد التخدير غالية الثمن – انتشرت الطريقة في مشافي شانغهاي بدايةً، ثم في البلاد بكاملها. والحق أنه تم خلال الثورة الثقافية البروليتارية الكبرى تصعد التسكين بالوخز بالإبر إلى قصّة استعراضٍ لمكاسب البروليتاريا العلمية، ليس في النزاع السياسي – الداخلي فحسب، وإنما نحو الخارج أيضاً. لم يكن يمر أيّ وفد أجنبي طبي، صحفي، أو حتّى مجرّد وفد سياحي، إلاّ وتُعرَض عليه، في جولته عبر الصين، عملية جراحية واحدة على الأقلّ بمساعدة هذا التسكين بالوخز بالإبر. وسرعان ما اتّضح لجميع المطّلعين على جوهر الطب الصيني أن هذا التشديد المسرف في المبالغة على طريقةٍ غير مُدعَّمة سوى تجريبيّاً فقط، لا بد أن يقود إلى انتكاسات. ولكن المرء الآن يقع في النقيض المقابل عندما ينضم إلى ذلك التذمّر الذي يرى في أحدث البلاغات التي تدّعي أن الأمر في التسكين بالوخز بالإبر في الصين الحالية، يتعلّق بـ «كذبةٍ دعائية» «تفنيداً للوخز بالإبر»[101].

إن ممارسة التسكين بالوخز بالإبر في الصين أكثر واقعيةً وحصافةً بكثير. عندما قمت في نهاية عام 1978 بزيارةٍ إلى جمهورية الصين الشعبية، كعضوٍ في أوّل وفدٍ طبي لجمعية ماكس – بلانك، بناءً على دعوةٍ من الأكاديمية الصينية للعلوم، حضر أعضاء وفدنا ما يزيد عن دزينة من العمليات الجراحية. ولم نشاهد أثناء ذلك تطبيق التسكين بالوخز بالإبر سوى في حالتين أو ثلاث حالات فقط.

أخيراً لا يمكننا إغفال التطوّرات الموازية والتكييفات في الغرب، والتي دفعت إليها الطريقة الصينية. وترجع المحاولات الأولى للتسكين بالوخز في أمريكا وألمانيا أيضاً إلى أكثر من عقدٍ من الزمن، ومنذ ذلك الحين تم اختباره وتطويره في آلاف العمليات الجراحية. ولن يخطر في بال أحد هنا – وكذلك في الصين اليوم – إجراء العمليات التي يشاء تحت التسكين بالوخز بالإبر فقط دون غيره. ولكن مشاركة التخدير الكيميائي – الكلاسيكي مع التسكين بالوخز بالإبر المنبّهة كهربائيّاً تُعتَبر اليوم لدى المرضى الذين يزيد إجهاد مواد التخدير من خطورة العمل الجراحي لديهم، روتيناً يوميّاً في قاعة العمليات، وعلى سبيل المثال لدى الكثيرين من مرضى القلب.

عودة الوعي الشاقّة:

إذا كان الصينيون قد تذكّروا تراثهم الطبي الخاص ثانيةً، بعد حقبةٍ من انحطاط الطب الصيني التامّ تقريباً، دامت حتّى منتصف هذا القرن، فإن الفضل في ذلك يعود لسياسة ماوتسي تونغ الصحّية قبل كل شيء. ولكن هذا التذكّر أو عودة الوعي لم تحصل دون مقاومة، أو حتّى كيقظة للشعب بأكمله، إطلاقاً، وذلك كما زُعِمَ في بعض الكتابات الدعائية. فقد قبع الطب القديم ما يكفي من الزمن خارج إطار السياسة الصحّية، وخصومه لم ينقرضوا بين ليلةٍ وضحاها.

كما يُفتقد الآن المعلّمون والمفكّرون الذين يواصلون نقل المنظومة في الممارسة اليومية، وبإمكانهم أيضاً رفعها إلى مستوى العلم الغربي منهجيّاً وتعليميّاً. ولا وجود لهؤلاء المفكّرين والمعلّمين حتّى اليوم بأعدادٍ كبيرة. ولذا فإن المرء يعجز عن إعطاء حالات حسن الحظ النادرة تلك، خلال السنوات الثلاثين الأخيرة، حقّها من الإشادة والمديح، والتي يرجع إليها الفضل في الحفاظ على الطب الصيني التقليدي رغم كافة الظروف المعاكسة.

يُفترض أنه في الأربعينيات كان لا يزال هناك بضعة آلاف من الأطبّاء الذين يتقنون الطب التقليدي، ولم يتبقّ منهم اليوم، بالتأكيد، سوى بضع مئات. وهؤلاء قاموا بتشكيل مجموعات عمل حقّقت، من خلال تعاونٍ زمالي مكثّف، تلك الكتب التعليمية المثالية في القرن العشرين، والتي تجعل أسس المنظومة، ومنذ الخمسينيات، في متناول الجميع في البلاد بأكملها، وذلك في طبعاتٍ رفيعة المستوى.

لا يمكننا هنا تقديم لمحة شاملة عن هذا الأدب، ولكن من واجبنا حتماً تقدير أحد أقدم وأفضل عرض للموضوع بمجمله، ألا وهو Zhongyixue guilun، «العرض العام للطب الصيني».

هذا المولَّف الذي نُشر لأوّل مرّة في خريف 1958، كان قد تم جمعه من قبل «أطبّاء الطب الصيني القدامى» (Laozhongyi) في أكاديمية Nanking للطب الصيني التقليدي. وبعد صدوره بسنة واحدة فقط، عرضْتُ له في صحفٍ مختلفة ناطقة بالألمانية. إذ كان في الواقع عملاً تخطّى خبرات القرن السابق. فقد قدّم لأوّل مرّة عرضاً شاملاً متّزناً ودقيقاً وخبيراً للغاية لمجمل الطب الصيني التقليدي. ومن حسن الحظ أن المؤلفين قاموا بعرض منظومة الطب التقليدي دون أيّ التفات إلى الطب الغربي. ولعلّه يصحّ هنا المثل القائل «ربّ ضارّة نافعة»، إذ إن خبراء الطب

الصيني آنذاك لم يكونوا يعرفون شيئاً عن الطب الغربي أو أن لديهم مجرّد فكرة تقريبية إلى حدّ ما. ولذلك كان الاقتصار على التراث الخاص منطقيّاً وصادقاً.

على أن القرّاء الذين لديهم نزعة مسبقة إلى الأفكار الغربية، أحسّوا أن مثل هذا العرض ضعيف ومعيب – وهكذا التزم الناشرون في الطبعات اللاحقة بذوق العصر. وسعى المرء، خصوصاً مع بداية السبعينات والثورة الثقافية البروليتارية الكبرى، إلى عرض الطب الصيني في ظلّ الالتفات المستمر إلى الطب الغربي، وبمساعدة المصطلحات الغربية. على أنه بدأت في نهاية السبعينيات صحوة لا بأس بها، وذلك عندما تبيَّن أن ذلك ليس سوى سبيل إلى تدمير الذات.

مشكلة الترجمة:

فالمشكلة الأساسية بالنسبة للصينيين لا تزال قائمة، وهي وجوب التوفيق، منهجيّاً ومصطلحاتيّاً، بين المعارف الموروثة من جهة، والمعرفة المؤكّدة للطب الغربي الحديث من جهة ثانية.

ولدى مواجهتهم هذه المهمّة، والتي هي مشكلة نظرية – معرفية ولغوية قبل كل شيء، يبدو أن الصينيين غير مستفيدين سوى ظاهريّاً فقط، ولكنهم فعليّاً أقرب إلى كونهم مظلومين: صحيح أن كل صيني تتوافر فيه منذ الطفولة أسس الخلفية العقائدية واللغوية، ولكن ذلك لا يخلو من المساوئ، خصوصاً عندما يتوجّب التفكير وإجالة الرأي حول المنهج النظري – المعرفي. وهذا يفسِّر لماذا لم يتم حتّى الآن، ورغم استمرار الجهود والمساعي منذ أكثر من جيل، أيّ اختراق حاسم في المنهج والمصطلحات.

إذن ليس من قبيل الصدفة، ونحن أصحاب الفضل المتواضع، أن تمكّنا هنا من الظفر بعرضٍ شامل مبسّط جدّاً، على أساس المنظور المتمّم للفكر الغربي ولنظرية المعرفة الغربية، وذلك بعد أن كان الصينيون أنفسهم قد قدّموا لنا بالعمل المذكور لعام 1958 عرضاً إجماليّاً حقيقيّاً وموثوقاً به لموروثهم.

وقد كان لهذا الكتاب أثر حاسم في أعمالنا الأخرى حول الطب الصيني. والمحاولة التي قمت بها على الفور في عام 1959 لترجمته إلى لغة غربية، سرعان ما أثبتت أنها مستحيلة التنفيذ،

ذلك أنه مع القاموس اللغوي المتاح آنذاك، وإن أمكن ترجمة الكلمات الصينية، بيد أنه لم يكن بالإمكان نقل الأفكار، ولا حتّى المقولات العلمية، إلى تعابير غربية.

إذن فقد كنت أمام ثلاثة بدائل: 1. إما تقديم عرض حرفي دقيق و«حقيقي» تبعاً لمستوى علم اللغات آنذاك، والذي لا بد أن يبدو لكلّ ممارسٍ تافهاً ولا قيمة له، أو 2. تقديم «نقل» على غرار المنتجات العلمية – المزيفة على الطراز الصيني، والذي كان لا بد سيلاقي على الفور إعجاباً مؤكّداً لدى جمهور معيّنٍ ولدى ممارسين يهوون التجريب، أو أخيراً 3. البديل الثالث الأكثر صعوبة وتعقيداً، ولكنه البديل الوحيد المشروع والمبرَّر بالنسبة لي: الدراسة المستفيضة للمقدّمات النظرية – المعرفية، من إعداد مصطلحات مناسبة لطريقة المعرفة التركيبية – الاستقرائية ولمقولات نصوص الطب الصيني المسحوبة على الوظيفة – وذلك مع تفهّم متعمِّق باستمرار لهذا التراث الطبي. وأنا أرى أن هذه المهمّة، وبعد أكثر من عشرين سنة من العمل، لم تنته بعد بأيّ حال.

الفصل الثامن
الوضع الحالي

الطب الصيني والعلم الحديث

لنتذكر مرّةً أخرى دعوة اللغوي الأمريكي بنيامين لي وورف الذي كان قد كتب: لا بد «للعلم الطبيعي، للتجلّي الواسع للثقافة الغربية الحديثة» أن يتقدّم في مجالات الفكر والبحث «التي يصطدم بها ويستنكرها الفهمُ المتحيّز ثقافياً». وإلا سوف يتحوّل هذا العلم «إلى منتحلٍ لماضيه الخاص»[102].

وقد توصَّل وورف إلى هذه المقولة بعد أن فتحت له دراسة لغات الهنود الحمر عالماً جديداً، وكان عليه إثبات أن كل لغة تضع أمام البشر الذين يتكلّمونها حدوداً للمعرفة لا يمكنهم تجاوزها، إن لم يكونوا قادرين على التخلّص من تحيّزات هذه اللغة وقيودها. ورغم الحجج المغرية، يبدو أن تعلّم لغة هنود الهوبي، لمجرّد اعتباره فرصة مبهمة لامتلاك معرفة جديدة للعالم، ليس أملاً أو استبشاراً كبيراً. صحيح أن العرض المنهجي لإمكانات لغةٍ ما، لظواهر معيّنة في الطبيعة، يشكِّل شرطاً ضروريّاً للمعرفة العلمية، ولكنه شرط غير كافٍ. وعلى أيّ حال فقد اقتضى الأمر أكثر من 2300 سنة كي يتطوّر العلم الغربي إلى مستواه الحالي. وقد ساهم آلاف عديدة – بل ملايين مؤخّراً – من البشر عبر التاريخ في «لعبة التجربة والخطأ» التي انبثقت عنها بالتدريج صورة العالم

العلمية. وفرصة تكرار تطوّرٍ مشابه في لغةٍ أخرى من خارج عائلة اللغات الهندو – أوروبية، فرصة ضئيلة للغاية. وهل من عالمٍ على استعداد للإقدام على مغامرة من هذا النوع لمجرّد أنه من المحتمل ضبط التحوّلات في تطوّرٍ علميّ ما في الألفي سنة القادمة؟ ألا تشكّل حقيقة أن الدوائر الثقافية الأخرى لم تأت بأيّة إنجازاتٍ مقارنة، ولو بشكلٍ تقريبي، دليلاً على أن هذه الدوائر غير صالحة لعلمٍ بالمعنى الحديث؟ إذن، يبدو أن وورف لم يستبشر بأيّ رحيلٍ إلى ضفافٍ جديدة، والظاهر أنه لا يبقى سوى إمكانية الاستسلام للمقادير.

وفي هذا الوضع يفتح لنا الطب الصيني التقليدي مخرجاً مغرياً يضفي عليه (أي على الطب الصيني – م) أهمية تتخطّى بعيداً الهدف المنطقي في شفاء المرضى. أجل، فهذا الطب موجود بوصفه معرفة علمية، بوصفه نظرية ذات تماسكٍ نادر. وهو مُصاغ بلغة لا تشترك بشيء مع اللغات الغربية. وبذلك يُستَوفى المطلب الأكثر أهمية لـ «وورف». فبحسب وورف لا يزال الطب الصيني بالفعل كنزاً من المعرفة مدفوناً إلى حدّ بعيد، كنزاً، رأى ماوتسي تونغ، حدسياً أكثر منه على أيّ أساسٍ آخر، أنه لا ينبغي سوى استخراجه. فنحن لا نفتّش عن معرفة جديدة بمساعدة لغة مختلفة، وإنما نحاول بشكلٍ عقلاني إعادة بناء معرفةً موجودة، معرفة موجودة مسبقاً بصورة ناضجة في لغةٍ أجنبية.

ولكن ليس هناك أيّ سبيلٍ ملكيّ إلى الطب الصيني، وللوصول إلى المعرفة خاصّته، لا بد من تذليل عوائق عديدة، وهي الصعوبات ذاتها التي تواجه الصينيين عندما يرغبون باستذكار تراثهم الخاص والعودة إليه، ولكن مع أمارات معكوسة.

كما ذكرنا أعلاه، فقد كنّا عقدنا العزم، بعد تقديرٍ دقيق للظروف، على البديل الأصعب من البدائل الثلاثة – لأن جلاء المشاكل النظرية – المعرفية واستحداث مصطلحات غربية مناسبة هو وحده الذي يفتح لنا مدخلاً إلى الطب الصيني، هذا الطب الذي لا يُعتبر مغرياً فكريّاً وحسب، وإنما بالإمكان أيضاً تكراره والحذو حذوه تطبيقيّاً وسريريّاً، ويُعتبر تطوّر الوخز بالإبر في الغرب حتّى الآن مثالاً حيّاً ومفيداً على ذلك.

الوخز بالإبر في الغرب:

عُرِفَ الوخز بالإبر في الغرب، بالاسم، منذ ما لا يقل عن قرنين ونصف من الزمن. وفي عام 1840 سَرَت في فرنسا موجة عابرة من الوخز بالإبر. وأقدم جمعية قائمة للوخز بالإبر تم تأسيسها هناك في عام 1937. أما بعد الحرب العالمية الثانية فتمّ على غرار التقليد الفرنسي إنشاء جمعيات للوخز بالإبر في بلدانٍ أوروبية أخرى، وصل عدد أعضاء كلّ منها في الخمسينيات إلى المئات. ومع ذلك لم تتحوّل هذه التقنية العلاجية إلى موضوعٍ للاهتمام العام والنقاش الواسع في روابط الأطبّاء إلاّ مع الدعاية والصخب اللذين أثارهما جيمس ريستون وصحيفة «نيويورك تايمز» حول الوخز بالإبر (كغرسةٍ تقنية حديثة من الوخز بالإبر). وهذا ليس مُستغرَباً عندما يتأمّل المرء في من يمثِّل الوخز بالإبر تعليميّاً وسريريّاً وكيف: إنهم الأطبّاء الممارسون أو أطبّاء التخدير في بعض الجامعات. وهنا لا علاقة للتخدير إطلاقاً بالوخز بالإبر التقليدي الممارَس لأغراضٍ علاجية فقط، والذي هو مجرّد فرع جزئي من الوسائل العلاجية في الطب الصيني. والطبيب الممارِس غير مهيَّأ منهجيّاً، ولا من ناحية خبرته السريرية، لإيصال معايير وأساسيات ما في مقدور الطب الصيني اليوم إنجازه، إنْ نظريّاً أو في التطبيق السريري. وهكذا يتّضح أن ما يحلو للمرء وصفه للوهلة الأولى على أنه تعصّب وعدم تحمّل للأفكار الدخيلة لدى «الخصوم»، ليس سوى منعكس على العجز الشخصي الخاص، أي على التراجع أمام المتاعب المشقّات الذهنية التي لا يمكن تفاديها، فيما إذا أراد المرء الخروج من مأزقٍ ما إلى دروبٍ جديدة جذريّاً.

لنؤكّد هنا، دون تهكم، أن من هو راضٍ كل الرضا عن الطب الغربي الحالي، من هو على قناعة تامّة به، قناعة لا تشوبها شائبة، لا يُفترَض به تعريض نفسه لهذه المشقّات، ولكن لا يجوز له أيضاً في هذه الحالة أن يستبيح لنفسه تبنّي رأي – ولا حتّى رأي نقدي – في الطب الصيني. وطالما يعتبر أحدهم الطب الغربي المقياس الممكن الوحيد للمعرفة العقلانية في هذا الميدان، فهو بالتأكيد في مأمن من الأفكار والأنظمة العلمية الجديدة.

التجديد العلمي لنظرية الطب الصينية:

لقد نوه الفيلسوف فولفغانغ شتيغمولّر من ميونيخ إلى أن العلماء يتصرّفون بصورة عقلانية، ولكنهم قد يكونون في الوقت نفسه «دوغماتيين ضيقي الأفق»[103]. وليس المهمّ، من أجل إظهار علمانية الطب الصيني، إظهار إمكانية تأسيسه والبرهان عليه بوسائل الطب الغربي. ففي حال

أمكن ذلك لكان ما بُرهِنَ عليه ليس القيمة العلمية لهذا الطب، وإنما على العكس تماماً، إمكانية الاستغناء المبدئي عنه. إذ لتبيَّن عندئذٍ أنه بالإمكان الإتيان بكافة إنجازات علم الطب الصيني بوسائل الطب الغربي أيضاً. ولكن الطب الصيني التقليدي قاوم بإصرار كافة محاولات الدمج من هذا النوع حتّى الآن. صحيح أن ذلك وحده ليس برهاناً كافياً، ولكنه مع ذلك دليل قويّ على استقلاليته العلمية.

بالطبع يمكن العثور في الأدب الطبي الصيني، وأكثر من ذلك، في سلوك الأطبّاء الصينيين، على ما يكفي من الأمثلة التي تؤيد ظاهريّاً التحيّزات الغربية ضدّ هذا الطب. إلاّ أن مثل هذه «البراهين» المزعومة لا تشهد في أحسن الحالات سوى بشيء ما حول المستوى الفكري لما تقدمه وتعرضه هي، ولكنها لا تعني شيئاً ضدّ الطب العلمي لدى الصينيين. فلن يخطر في بال أحدٍ في الغرب إعادة بناء نظرية الطب المعترف بها هنا أو نقضها، بناءً على مشاهدات في عيادات أطبّاء التأمين. ومن الطبيعي أنه في كل معرفةٍ علمية – في الصين كما في الغرب – يمكن العثور في المراجع المتنافسة على ما يكفي من الأمثلة التي تفنِّد الإنجازات ظاهريّاً. ويُفترض بالحجّة المضادة التي تقتصر، دون نقد، على برهان من مصادر مرجعية محدّدة، أنها تنتمي إلى العصر الماضي المستنير كما يُزعَم. على أنها في حالة النقاش الدائر حول الطب الصيني هي القاعدة أكثر منها الاستثناء.

إن إعادة البناء العقلانية لنظرية الطب الصينية لا ترتبط طبعاً بلغة محدَّدة. ولكن من الواضح أنه ينبغي القيام بمثل هذه المنهجة بالصينية أولاً. وهذا ما ينطبق، على سبيل المثال، على «العرض العام للطب الصيني» (Zhongyixue guilun) المذكور آنفاً والصادر عام 1958. ومثل إعادة البناء هذه يمكن أن تقتصر على مراجعة الأدب المتوافر، تخليصه من الأخطاء، من الذكريات المشروطة تاريخيّاً أو من الخصوصيات التعبيرية الإنشائية والكشف عن الثغرات المعرفية الموجودة. ولا بد أن إعادة بناء الأسس النظرية – الطبية في «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» سوف تتخلّى، حتّى بالصينية، عن الشكل الحواري بين الأمير الأصفر وكونت Qi. وطبقاً لما هو متعارف عليه، سوف يستخلص المرء، في سبيل نظرية متكاملة ومتماسكة قدر الإمكان، الثغرات الموجودة من أعمال المؤلِّفين الآخرين. وعندئذٍ سوف نجد أنه لا يُدرَج في النظرية المنهجية، حتّى بالصينية، سوى القليل من الأفكار الرئيسة المأخوذة من أعمال العمر الضخمة الشاملة نسبيّاً. وعندما تقدِّم مثل هذه الأفكار مساهمات مهمة في سبيل العلم، فمن البديهي أن قيمتها لا تتضاءل، فيما لو كان

مؤلِّفها قد كتب، إضافة إليها، كمّاً كبيراً من السخافات. ونحن نشدّد على هذا الأمر هنا من أجل دحض المحاولات الشائعة للحطّ من قيمة أعمال مؤلِّفي الأدب الطبي الصيني كلّ على حدة، بناءً على أكثر فقراتها ضعفاً وتفاهةً. فمثل هذا التصرّف لا علاقة له بإعادة البناء العلمية، بل هو في الغالب عبارة عن توفيقية أو اصطفائية (Eclecticismus) موجَّهة تبعاً لتحيّزاتٍ متعصّبة.

لأسباب وجيهة لا تزال الخدمة الطبية لسواد الشعب في جمهورية الصين الشعبية تتمتّع حتّى اليوم بالأولوية على إعادة البناء المنهجية لنظرية الطب الصينية. ولذلك فإن التجديد النظري للأدب الموجود يقتصر إلى حدّ بعيد على إمكانات التطبيق العملية – البرغماتية. يُضاف إلى ذلك أن جزءاً من الأسس النظرية مُعطى مسبقاً من خلال اللغة، ولذلك بالذات فهو يتملّص من الانعكاس النظري. على أيّ حال فقد حقّق الصينيون شرطاً يستحقّ التقدير عالياً، على طريق التجديد العلمي لطبّهم، وذلك بإصدارتهم الجديدة، منذ أواسط الخمسينيات، مجمل الأدب الطبي التقليدي. ومن المؤسف أن عدداً قليلاً فقط من المعاهد ودور الكتب خارج شرق آسيا كان قد أدرك الإمكانات المعروضة آنذاك، وقام باقتناء الإصدارات الجديدة بشكل كامل. وفي هذه الأثناء نفذت أعمال مهمّة منذ فترة طويلة.

ضرورة تكوين المفاهيم في اللغات الأوروبية:

زد على ذلك أن إعادة البناء العقلانية للطب الصيني أكثر صعوبةً على العملاء في أمريكا وأوروبا منها على الصينيين. إذ لا بد من إنجازها بلغةٍ مختلفة، بالألمانية مثلاً، أو بالإنكليزية أو الفرنسية. وهذا يتطلّب أكثر من مجرّد ترجمة الأدب الموجود. ولما كان الطب الصيني يقوم على طريقة معرفة مغايرة كلّيّاً – التركيب الاستقرائي–، فإن اللغات الهندو– أوروبية غالباً ما لا توفِّر أيّة مصطلحات وتعابير مكافئة للمعنى الصيني. ولا بد من سدّ هذه الثغرات عن طريق تكوين مفاهيم مناسبة. وهذا ممكن جدّاً في بعض الحالات، كما هي الحال مثلاً بالنسبة لمفاهيم «أطوار التحوّل»، «الدائرة الوظيفية» (Orbis)، «نقطة التنبيه» (Foramen) أو «المعايير الرئيسة». وفي مفاهيم أخرى لا بد من سلوك طريقٍ جديدة كلّيّاً، كما هي الحال مثلاً في «بنائي» (Struktiv) أو في مفاهيم الأشكال المختلفة للطاقة (qi، xue ...إلخ) أو حتّى في الثنائية القطبية «الاستقامة» (Orthopathie) و«الانحراف» (Heteropathie). كذلك التعابير التي تعتمد على بعضها بعضاً

بصورة تبادلية مثل «الاتّجاه المعاكس» (Kontravektion) و«الاتّجاه القويم» (Sekundovektion)، لتوصيف اتّجاهات المجريات الوظيفية، لا بد من تكوينها من جديد.

إلاّ أن خلق مطابقات لغوية مناسبة باللاتينية، بالإنكليزية وبالألمانية، ليس سوى جزء فقط من عمل الترجمة والتفسير. ولا بد من تجسيد العدد الضخم من المفاهيم الفنّية في سياق المنظومة الفكرية بصورةٍ مقنعة، إنْ بتكوينها من جديد أو بتكييفها وتعديلها أو بقبولها كمطابقة صالحة. ولا تختلف الحال هنا عنها في أيّ فرعٍ علمي أو حتّى تقني في الغرب أيضاً. إن العائق الأكبر حالياً أمام أولئك الذين يودّون إرضاء فضولهم حيال الطب الصيني بصورة غير متخصّصة، كهواية قليلاً أو كثيراً، يكمن في الخطأ المبدئي في تقدير الطب الصيني، أي في الرأي الساذج أو المتعجرف بأن الطب هو الطب، سواء مورِسَ من قبل الأمريكيين، الصينيين أو من قبل زنوج أستراليا. فهم يعتقدون مخطئين أنهم ذوو معرفة واطّلاع على كل ما هو طبي– ويغيب عنهم كلّيّاً، أو أنه ليس في وسعهم التصوّر مطلقاً، أن الموضوع لا يدور حول مجرد تجربة سريرية بحتة، وإنما حول نظرة علمية مكتملة النضوج ومستقلّة بذاتها، يشترط تطبيقها ومتابعة بحثها إتقانها التام والأكيد، وليس مجرّد معرفتها التقريبية.

ولعل أحد الأمثلة من تشخيص النبض يوضِّح ذلك. وهنا نعود إلى ما كنّا قد عرضنا له بالتفصيل في الفصل المتعلّق بتشخيص النبض: يمكن ترجمة العبارة Pulsus mobilis (بالصينية: dongmo) بداهةً بـ «نبض حركي» أو «نبض متحرِّك». ولكن لا يقترن بعد بهذه الترجمة أيّ فهم حسّي أو عقلاني للحدثيات الدقيقة الكامنة خلف هذا المصطلح – مثلما لا يستطيع أحدهم قيادة السيارة في الشوارع إذا كان لا يعرف سوى أن على المرء الدوس على الدواسات القدمية بالتناوب واستعمال مفاتيح مختلفة. وبتعبيرٍ آخر: لا يمكن أن يبدأ التمرين العملي، التدريب السريري وتطبيق الطب الصيني إلاّ بعد أن يكون المتعلّم قد استوعب كافة السياقات المنهجية – العقلانية المهمّة. وبالمقابل فإن كل تجريب وهواية لن يقود، في أفضل الأحوال، سوى إلى مقدرات فنّية متواضعة – كما هي الحال في الوخز بالإبر الغربي – أو إلى الشعوذة الخالصة.

كما أن عملية إعادة البناء العقلانية لنظرية الطب الصينية ليست عملية ترجمة بحتة، لأن المفاهيم النظرية كذلك – كما هي الحال في النظريات العلمية الأخرى أيضاً – لا معنى لها ولا دلالة مستقلّة عن بعضها بعضاً، وإنما لكلّ منها علاقة مع معنى ودلالة المفاهيم والمفردات

الأخرى. وهذا ما يعني عقبةً ليس من السهل على المتعلِّم تذليلها، فهو إما أن يفهم هذه المفردات في كلّيّتها أو لا يمكنه فهمها إطلاقاً.

على أن الصينيين أنفسهم برهنوا، في ظلّ علامات ودلائل معكوسة، أن ذلك ممكن. فقد أظهروا أن بإمكانهم تعلُّم التفكير والبحث التحليليين – السببيين، رغم أن ذلك بعيداً عنهم بُعْدَ طريقة المعرفة التركيبية – الاستقرائية عن الإنسان في الغرب.

وبمعنى ما، وغير صريح، ثمّة نزعة قوية في الغرب أيضاً تمضي في اتّجاهٍ تركيبي – استقرائي. فعرض الوقائع والأمور بالصورة – وبالتالي التفكير في صور وسلاسلٍ من الصور التي لا تزال غير صالحة للوصف اللفظي إلاّ بشكلٍ مشروط – يكتسب أهميةً بصورة سريعة. والقول المأثور: «صورة واحدة تقول أكثر من ألف كلمة»، بات في الكثير من العلوم، وليس الطب آخرها، أكثر من مجرّد عبارة سائرة. ويبدو هذا معرفة لا لغة لها، بل تقوم على الصمت. وقد سخِرَ ذات مرّة المؤرّخ الطبي غيرهارد بفول، من ميونيخ، من هذا الميل إلى «الوضوح بأيّ ثمن» بوصفه «الأبجدية الحديثة»[104]. ويمكننا الادعاء دون مبالغة، أن بإمكان الفكر الصيني هنا أن يساهم بصورةٍ حاسمة في التغلّب على فقدان اللغة.

ويحلو لخصوم المعرفة التركيبية – الاستقرائية للعالم، الإشارة إلى أن الصينيين يُعرضون بشدّة متزايدة عن طريقة تفكيرهم الموروثة، ويُقبلون على العلوم التحليلية – السببية للغرب. لا شك أن ذلك صحيح حاليّاً. ولكن أن يُستنتَج من ذلك مشروعية الاستهانة بالفكر الصيني – كما هو حاصل كثيراً – لو أمر ليس متسرّعاً ومتعجرفاً فحسب، وإنما هو خطير أيضاً.

الإشكالية العكسية لدى الصينيين:

والواقع أن الحجج المذكورة للتو تقوم بالنسبة للطب الغربي بوظيفة إثبات عدم الحضور في مكان الجريمة. فهي تصرف الانتباه عن المشاكل الخاصّة التي يتزايد إلحاحها باطّراد. أما المهمّة المطروحة أمام الصينيين منذ القرن التاسع عشر وحتى اليوم فهي المقابل العكسي تماماً لإشكاليتنا الخاصّة: فالأزمة الوجودية، بعد جمود العلوم والفلسفة طوال قرون، كانت نتيجة التثبُّت أحادي الجانب للفكر على طريقة التركيب الاستقرائي في المعرفة على مدى 2000 عام. ويُعتبر الخروج

من أحادية الجانب هذه، عن طريق الانفتاح غير المتحفِّظ على معارف التحليل السببي، مسألة وجود بالنسبة للصينيين. أمّا وأن مثل هذا الانفتاح والأخذ بالعلم والتقنية الغربيين يبدو مسألة سياسة قوّة، وأن الكثيرين الذين لا يلمون بالسياقات الكبرى، يغالون في ذلك ويتنكّرون أيضاً للمعارف الناضجة والراسخة للثقافة الخاصّة، فهو أمر لا يعنينا إطلاقاً. ويمكن أن نثبت ما يشبه ذلك بالنسبة للعلم والتقنيّة الغربيين منذ زمن روسّو، ومجدّداً بشكل خاص منذ قرن من الزمن: فـ«حماة البيئة» ورُسُل الطبيعة في الغرب لا يشكون مثلاً أحادية جانب مبدأ العلم التحليلي – السببي وعدم كماله وحسب، وإنما هم يتنكّرون ويلعنون نتائج هذا التفكير بخيرها وشرّها.

لكن ذلك لا يمنع بقية الشعوب، بما فيها الصينيين، لا في كثيرٍ ولا في قليل، من الاستحواذ بصورةٍ هادفة وبإصرار على هذا العمل وهذه التقنية تحديداً.

ومختصر القول: إن ما لا يزال ينقص الصين حتّى اليوم في العلم والتقنية هو العلم التحليلي – السببي. أما الذي يعاني منه الطب الغربي حالياً فهو افتقاره التام للعمل التركيبي – الاستقرائي. والحق أن تجاهل عدم التوازن هذا يعني اعتبار الشعرة في عين الخصم عمى تامّاً، والخشبة في العين الخاصّة مجرّد نسمة هواء([105].

ولكن لماذا علينا نحن الآن تحديداً أن نلقي المزيد من الاهتمام والاعتبار للفكر الشرق آسيوي، في الوقت الذي أدرك فيه الصينيون أنفسهم حدود مناهجهم وطرقهم الخاصّة؟ والجواب بسيط: إذا نحن لم نفعل ذلك الآن، فسوف يتفوَّق علينا الصينيون في إمكانات فكرهم التركيبي – الاستقرائي في موعدٍ أقصاه عندما يكونون قد عوّضوا تأخّرهم الخاص في المعرفة التحليلية – السببية للعالم واستغلالها التقني. وقد بيَّن اليابانيون بصورةٍ رائعة ومؤثِّرةٍ مدى السرعة التي يمكن أن يحدث فيها ذلك. وعندئذٍ سرعان ما قد يعقب تعجرف الغرب الحالي يقظة مريرة لا يُحسد عليها، ليجد نفسه في موقع ذلك الذي يحترق ظمأً، في القول المأثور الصيني، والذي يبدأ بحفر البئر بعد فوات الأوان، فلا يعود يجد ماء.

كنا قد أشرنا في النبذة التاريخية، إلى أنه من أجل علمٍ حيّ لا غنى عن التضافر المتناغم لكلّ من الملاحظة الوضعية (التجربة) والتأمّل العقلي لتنظيم معطيات الملاحظة المكتسبة على هذا النحو. فإذا سادت التجربة، أو حتّى كانت وحدها الموجودة، نَجَمَ عن ذلك، في أفضل الأحوال، مرحلة سابقة للعلم أو ممهِّدة له: العلم البدائي. وعلى العكس: إذا استقل التأمّل النظري عن

معطيات الملاحظة الوضعية واستغنى عنها، نشأ بنيان فكري مجرَّد، يتم تناقله عندئذٍ كـScholastik،[106] كتعلُّمٍ من المعلّمين أو الكتب، من جيلٍ إلى جيل.

ما من شك في أن التخلّف البالغ للعلوم المسحوبة على الطبيعة في الصين، ما بين القرنين الرابع عشر والتاسع عشر، كان مشروطاً بشكلٍ أساسي بافتراق ملاحظة الطبيعة والتأمّل النظري عن بعضهما بعضاً – وبالتالي بتجريد سكولاستي للمعرفة المكتسبة بالتعلُّم.

أما نحن في الغرب، فنقوم بتناسي أو كبت حقيقة أنه شاعت في البلدان الغربية شديدة التصنيع، ومنذ الحرب العالمية الثانية على أبعد تقدير، سكولاستية شديدة بشكل لا مثيل له، تعلُّم جاف من الكتب، لأن ذلك لا ينسجم مع الصورة التي نرسمها بأنفسنا لأنفسنا ولثقافتنا الخاصّة. في حين أن مخيّلة الشباب وقدرتهم على التعلّم لم تعد تُغذّى سوى بالمعرفة المعلَّبة المتناقلة مراتٍ ومرات – معرفة معلَّبة لأنه لا المعلِّم ولا معلِّم المعلِّم ولا معلِّم معلِّم المعلِّم اكتسب بنفسه الجزء الغالب من العلم الذي ينشره في كتب، محاضرات، أفلام تعليمية وشرائط تسجيل، من خبرته أو مشاهداته الخاصّة، أو حتّى قام باختباره، وإنما يستقيه من مصادر غُفل كثيراً أو قليلاً، ويقوم بتجديده فقط من خلال تقسيماتٍ جديدة، تكوينات نظرية جديدة، مصطلحات تخصّصية جديدة بعيدة عن التجربة والخبرة، ويرفعه باستمرار إلى مستويات أعلى من التجريد. وهكذا نجد أنه حتّى في الريف، وسط الطبيعة، لا يتمكّن الأطفال الناشئون من وصف أو التعرّف بشكل أكيد سوى على أنواعٍ قليلة من الأشجار، وعلى عددٍ لا يتجاوز العشرة من الأعشاب، ناهيك عن الخبرة الأغنى والأكثر شمولاً للشخصية الخاصّة. نستنتج من كل ما سبق أن موت العلم الغربي والثقافة المقتصرة عليه خنقاً، موت وشيك الحدوث أكثر مما كان يصحّ على الصينيين.

التاريخ نادراً ما يعيد نفسه. وهذا ينطبق على العلوم أيضاً. ولكن إذا صحّ أن الطب العلمي في الغرب قد بات طبّاً للأمراض النادرة، مثلما رأى آرثور جورِس[107]، أفلا يكون طب الغرب قد حاد مبتعداً عن الواقع بالتدريج، مبتعداً عن المرضى، كما ابتعد الطب الصيني عن التعلُّم من الكتب؟ إن كون عملية الاغتراب هذه في الغرب تحدث، تبعاً لقواعد العلم المعترف بها، بصورة عقلانية ومنظَّمة تماماً ويمكن لأيّ إنسان اختبارها والتحقّق منها، لهو أمر سرعان ما لن يعود بالإمكان اتّخاذه عذراً.

إن الطب الصيني في كثيرٍ من الحالات أكثر رحمةً ورفقاً بالمرضى من الطب الغربي. وهو يشخِّص التأثيرات الجانبية المحتملة للأدوية قبل أن تتحوّل إلى أضرار عضوية شديدة، يشخِّصها مسبقاً كانحرافاتٍ وظيفية يمكن تصحيحها في إطار المعالجة. فالطب الصيني إما أن يقدِّم العون بصورة نهائية ودائمة أو لا بد له من الاعتراف بحدوده (وهذا ما فعله حتّى كبار الأطبّاء في عصر الازدهار الطبي بكل صراحة). ولكنه لا يجرّ إلى حالة المرض المزمن – كما يفعل الطب الغربي (آرثور جورس). فلا مكان في الطب الصيني لـ «الطبيب كمسبِّب للمرض».

إن حقيقة كون التسكين بالوخز بالإبر المطوَّر في الجمهورية الشعبية أقلّ إجهاداً بكثير من مواد التخدير الغربية في العمليات الجراحية، لم تعد موضع جدال في هذه الأثناء، حتّى من قبل أطبّاء الغرب الذين يرفضون، فيما عدا ذلك، كل علاج بالإبر رفضاً قاطعاً. وتقتصر الاعتراضات هنا على أن الطريقة لا تُحدث حالة انعدام الألم عند كل المرضى، وأن آلية تأثير الإبر لم تزل غير معروفة سوى في نطاق ضيّق. بيد أن هذه الاعتراضات لا تُعتبر جدّية عندما يتعلّق الأمر بمرضى لا يمكن بَضْعهم إلا بمساعدة الإبر، كأن تكون مثلاً كافة مواد التخدير مضادة استطباب.

وفي هذه الأثناء أصبحت الميزات السياسية – الصحّيّة للطبّ الصيني التقليدي، وعلى نحو متزايد باطّراد، الميزات الطبية أيضاً، جليةً لدرجة أن منظّمة الصحّة العالمية (WHO) تندرج في عداد مشجعيه أيضاً. وفي مؤتمر حول الوخز بالإبر والتسخين النقطي، نظّمته منظّمة الصحّة العالمية في بكين عام 1979، ثم وضع لائحة تضم ما يقرب من 100 مرضٍ يمكن فيها استخدام الوخز بالإبر أيضاً بشكلٍ مفيد. وتثبت منظمة الصحّة العالمية في هذا الشأن بصراحة أن اللائحة تستند إلى الخبرة السريرية فقط، ولا تقوم على البحث السريري بالضرورة. ومن المؤكّد أن هذا التقييد يتضمّن الاعتراف بأن البحث في الوخز بالإبر لم يقطع بعد أشواطاً بعيدة بما يكفي.

على الرغم من ذلك يبقى انحياز منظمة الصحّة العالمية لصالح الوخز بالإبر أمراً جديراً بالملاحظة. إذ إنه من الصعب على أحد أن يدّعي أن هذه المنظّمة الصحّية عالمية الشمول والتابعة لهيئة الأمم المتحدة تعمل لصالح طب سحرة وطب رقى وتعويذ، أو باللغة العصرية، من أجل «معالجة تنبيهية غير نوعية» أو من أجل طب – «وكأنّ» يقوم على التأثيرات الغُفل (Placebo).

متحف نفائس الصين

لقد أصاب ماو عندما دعا الطب التقليدي في بلده «متحف نفائس عظيم». ولم يسبق للصينيين أن فتحوا متحف النفائس هذا أمام الغرب كما فعلوا مؤخّراً. وقد استفاد الكثير من أطبّاء الغرب في هذه الأثناء من هذه الفرصة. فقاموا برحلاتٍ إلى الصين لاستطلاع الأمر بصورةٍ عابرة كثيراً أو قليلاً – ونادراً ما تجاوزت الرحلة أسابيع ثلاثة. على أن متحف النفائس بقي بالنسبة لهم متاهةً لا يمكن، مع تحيّزهم الثقافي الغربي، إدخال أي نظامٍ إليها. إذا لا يمكن للطبيب الغربي – ولو كان من الجهابذة الكبار – أن يرى، في الصين أيضاً، سوى أناس بأعضاء وأورام، بدورانٍ دموي والتهاب زائدة دودية. وإذا كان يرغب جدّياً باكتشاف البشر بدوائرهم الوظيفية وأوعيتهم الصينية (طرق التوصيل) في الدورة المتعاقبة لأطوار التحوّل، فهو لم يعد اليوم بحاجة إلى السفر إلى الصين.

ولكن بإمكان أيّ زائر للصين اليوم، حتّى ولو كان دون خبرةٍ طبية، أن يسجِّل الحالة الصحّية الجيّدة للسكّان. ومن كان قد تعرّف على الصينيين في تقارير شهود عيان من أزمنةٍ سابقة، بوصفهم شعباً يعاني من الأوبئة ومن خداع المشعوذين الطبّيين، لا بد أن يدهشه هذا التحوّل إلى الأفضل. وإذا بحثنا عن أسباب ذلك، سنجد أن التحوّل الكبير في صحّة الصينيين بدا مع التقدير والاعتبار الجديدين للطب التقليدي. لا شك أن الطب الغربي أيضاً ساهم بحصّته في ذلك، وليكن في مجال الصحّة العامّة (Hygiene) على سبيل المثال. ولكن الحق يُقال أنه طالما كانت السياسة الصحّية تبحث عن الخلاص في الطب الغربي بشكلٍ رئيس، وكانت، في أفضل الأحوال، تتسامح مع الطب الخاص، كان من غير الممكن تحقيق هذا الاختراق العظيم.

كما أن عجز الطب الغربي عن تقديم العون بصورة دائمة لجيش الملايين من المرضى في بلدان العالم الثالث أيضاً، لم يعد في هذه الأثناء موضع خلاف إلاّ بصعوبة. والأرجح أنه يُمنى بنكسة تلو الأخرى: فكلما ازداد استخدام المضادات الحيوية، ازدادت بلادة وعجز هذا السلاح. فالبنسلين يشجِّع انتشار الجراثيم المقاومة أكثر من قدرته على صد الإنتانات، كما أخذ الطاعون أيضاً يظهر مؤخّراً في بعض البلدان، وهو المرض الذي اعتبر، بتسرّع، مرضاً منقرضاً تم استئصال شأفته. ويتّضح في هذه الأثناء أكثر فأكثر أن الطب الغربي لا يفي بما يعد به مؤيّدوه.

إن الأهمية الخاصّة لتوصية منظمة الصحّة العالمية لجهة الوخز بالإبر تكمن في الإقرار المقترن بها بإمكانية تقديم العون للإنسان المريض عن طريق آخر أيضاً مختلف عن الطريق المرسوم من قبل الطب المدرسي الغربي. وبالمقابل لا بد أن تتضاءل أهمية الاعتراض القائل إن لائحة منظمة الصحّة العالمية قد جرى إعدادها حسب معايير الطب الغربي فقط دون غيره، ويمكن أن يُسجِّل ضدّها تحفظات مختلفة من وجهة نظر الطب الصيني المنهجي. ومن ناحية أخرى، يبيِّن هذا مجدّداً مدى صعوبة موقف حتّى الوخز بالإبر تجاه الخبراء ذوي النزعة الوضعية، مدى صعوبة دخوله العالم الفكري الغريب عن الطب الصيني. ولكن عذرهم أيضاً أن مثل هذه التوصيات لن يكون من السهل تفهّمها، فيما لو وُضِعَت حسب مقاييس الطب الصيني، بوجود سيطرة الطب الغربي التي لا تزال اليوم قائمة إلى حدّ بعيد. إذن فما يزال أمام علمٍ منهجي عن الطب الصيني ميدان عملٍ واسع.

وثمّة اعتبارات أخرى لصالح الطب الصيني. ونقتصر على ذكر اثنين منها: نموذج الخدمة الطبية في بلدان العالم الثالث، والتي تمتدّ أفقيّاً عن طريق الأطبّاء الحفاة (الذين لا يقتصرون طبعاً على العلاجات الصينية بالضرورة)، ثم هنالك ملايين من الخبرات الطبية مع الوخز بالإبر – أيّاً كان نوعه – والتي مرّ بها المرضى في الغرب في هذه الأثناء.

لذلك لا يحتاج الأمر اليوم إلى الكثير من القدرة على التنبؤ لإثبات أنه لم يعد بالإمكان إيقاف موكب نصر الطب الصيني في العالم كله. وليس من العيب إطلاقاً عندما يجري البحث العلمي خلف الطب التطبيقي الماضي قدماً إلى الأمام، تاركاً إياه يقطع شوطاً من الطريق دون أن يكبح جماحه على الفور.

ولكن إذا أراد العلم الطبي الاهتمام بالمادّة، فلا بد له عندئذٍ أن يكون على استعدادٍ أيضاً للتخلّص من تحيّزات الفكر الغربي – وخصوصاً من التعجرف المقترن بها – وأن «يتوغّل في أرضٍ تزداد غرابتها باطّراد»، وذلك كما طالب بنيامين لي وورف. ليس هناك أيّة معارف في الطب الغربي عميقة وشاملة لدرجة تخوّلها الحكم على قيمة أو علمانية الطب الصيني. وكل مقولةٍ في هذا المجال متوجّهة تبعاً للتصوّرات الغربية فقط، لا بد أن تتحوّل إلى نوع من التعتيم. وهذا ينطبق أيضاً على المنتجات الفكرية على الطراز الصيني، والتي لا تستطيع التحرّر من الفكر المنحاز ثقافيّاً، وتستنفد نفسها في غنجٍ متأنق.

قد يكون مثل هذا الغنج جائزاً لكلّ شخص، طالما هو لا يدّعي أنه علمٌ يتم تشجيعه بأموال الضرائب أيضاً، في إطار تبادلٍ علمي مع جمهورية الصين الشعبية. صحيح أن بعض خصوم الطب الصيني الأشدّاء عادوا، وفكرهم مشغول إلى حدّ ما، من جولة استطلاعية في مشافي جمهورية الصين الشعبية، ولكن حتّى هذا لم يصرف سوى القليل منهم عن تحيّزهم وادعائهم بأنهم لم يقوموا سوى بطوافٍ في ربوع دار للتحف والنوادر الطبية الغربية.

وبالمقابل فإن التطرف الآخر أيضاً، أي الولع بالتجديد المدفوع بسذاجة جسورة، لا ينصف التحدّي الذي يعنيه الطب الصيني بكفاءته التي لا يمكن إنكارها، ونقصد هنا ذلك الموقف الذي يرى في كنز الخبرات الغربية والدخيلة من عصورٍ بدائية، ببساطة تامّة «بديلاً» لطب الأجهزة الغربي المتضخِّم تقنيّاً والمتحوّل إلى غاية بحدّ ذاتها والمدمِّر نفسه بنفسه.

فالطب الغربي أيضاً يمتلك نواةً علمية، وينطوي على ثروةٍ من المعارف المؤكَّدة التي قد تعني نسيان أو مجرّد إهمال ليس التراجع الحضاري فقط، وإنما التراجع الثقافي بالمطلق. إن الهدف ليس استبدال أحادية جانب بأحادية جانب أخرى معاكسة. وإنما نحن بحاجة إلى طبّ منفتح بصورةٍ شاملة من ناحية الإدراك والملاحظة والمعرفة. ولا يمكن النهوض بمثل هذا الطب المنشود في أمد منظور، إلاّ إذا وضع المرء نصب عينيه مصير الإنسان المريض قبل كل شيء، منفتحاً دون تحفّظ على كافة المعارف الطبية الناضجة.

آفاق اختبار دوائي من نوعٍ جديد كمساهمة في النقاش السياسي ـ الصحّي الراهن

تزداد أهمية أدوية الطب الصيني كلما ازدادت إشكالية الإمداد الدوائي العالمي. وهذه الإشكالية تزداد بشكلٍ ملحوظ: فإضافةً إلى الإجماع العام على أنه حتّى أربعة أخماس الأدوية المطروحة والموصوفة أغلى ثمناً مما ينبغي، اتّضح أيضاً:

أ. أن بعض الأدوية عديم الأثر، أو

ب. أنها على الأقلّ لا تتمتّع بالتأثير الذي يعزى لها من قبل المنتج، أو

جـ. أن للأدوية، إلى جانب تأثيراتها الرئيسة المرغوبة، سلسلة من التأثيرات الجانبية تبدّد، مع الاستعمال المديد، الأثر العلاجي للدواء في حقلٍ آخر ثانية.

انطلاقاً من هذا الوضع تشكّلت في البلدان الصناعية في السنوات الأخيرة تيّارات سياسية – صحّية وتكتيكية – علاجية تكافح بعضها بعضاً بمرارة في الجوقة التعددية للسياسة الصحّية والاجتماعية، وبالتالي تُبطل بعضها بعضاً، وينجم هذا الوضع الفوضوي عن أن الطب الغربي المشروع والراسخ أكاديمياً، والذي تعمل بموجب نظرياته فئات سياسية وهيئات تشريعية على مستوى العالم، لا يمتلك أيّ اختبار دوائي عقلاني قائم على الحقائق. إن الفوضى، الاستقطاب الخبيث، انفجار النفقات، الحيرة والعجز والتذمّر العميق في مجال السياسة الصحّية في البلدان شديدة التصنيع، كل ذلك يرجع في جزءٍ كبير منه، في نصفه على الأقلّ، إلى تصوّر حول التأثير الدوائي مطبوعٍ باللاعقلانية.

تعاريف وأساسيات:

وللبرهان على هذه المآخذ موضوعيّاً، لا بد لنا من توضيح المفاهيم الأكثر أهمية والمستخدمة في النقاش.

هنالك أولاً مفهوم الاختبار الدوائي نفسه، الذي هو ثمرة الفرعين العلميين: علم الصيدلة وعلم الأدوية اللذين لم يتكوّنا كعلمين مستقلّين إلاّ منذ نهاية القرن التاسع عشر، ولم يُستعمل هذا المفهوم، لفترة طويلة، سوى في الأوساط الاختصاصية. والواقع أنه لم يغد شعار السياسة اليومية إلاّ منذ منتصف القرن العشرين، وذلك عندما سعى ممثِّلو العلاج الكيميائي التحليلي – السببي المتشدِّد إلى استبعاد طرق العلاج غير العلمية من الطب، بحسب رأيهم. ومنذ ذلك الحين جرى سنّ قوانين الدواء في الكثير من البلدان، ولعدم وجود بدائل حقيقية، كثيراً ما تم رسم الوضع بصورة برغماتية في كل بلدٍ على حدة تبعاً لموازين القوى السياسية – الصحّية فيه.

وقبل أن ندخل في تفاصيل الاختبار الدوائي لا بد لنا من تعريف ما هو الدواء. فالدواء عبارة عن مادّة، عند استخدامها على أو في الفرد الإنساني، تصحِّح، تتغلّب على، تشفي أو على الأقلّ تخفِّف من اضطراباتٍ مرضيّة.

طبقاً لذلك ينبغي على الاختبار الدوائي أن يُسفر عمّا إذا كان الدواء فعلاً يُحدث التأثيرات المفترضة أو المرغوبة بشكلٍ مضمون وثابت ومنتظم، وثانياً عمّا إذا كان له تأثيرات جانبية غير مرغوبة، وثالثاً ما هو مدى التأثيرات الجانبية.

لا بد أن تكون مقولة الاختبار الدوائي أولاً دقيقة، مُحكمة وواضحة، بحيث لا تظهر لدى الاستخدام العام للدواء أيّة انحرافات في نوعية التأثير وشدّته، أو يظهر الحدّ الأدنى منها. ثانياً ينبغي أن تكون وافية ومفصَّلة، بمعنى أن يشمل الاختبار بالفعل كافة التأثيرات العلاجية المرغوبة وكافة التأثيرات الجانبية الخطيرة أيضاً بكل أمانة.

إن أيّاً من الاختبارات الدوائية المعروفة، المطبَّقة اليوم أو في السابق، لا يفي بهذه المطالب بشكلٍ كامل. ومن المؤسف أنه علينا أن نثبت أن تقنية الاختبار الممارسة اليوم في الطب التحليلي – السببي لا تفي بهذه المطالب ولا حتّى بصورةٍ تقريبية.

نظرية الاختبار الدوائي في الطب الغربي الحالي:

ليست مهمة هذا العرض تصوير وتلخيص طرق الاختبارات الدوائية المطبقة اليوم في سائر البلدان ذات التوجّه الطبي الغربي. وما يهمنا هو تبيان المنطلق الفكري والنظري المشترك فيما بينها جميعاً، والنتائج المتطرّفة السيّئة والعقائد اللاعقلانية التي تطوّرت إثر ذلك.

قلنا سابقاً إن المنهج التحليلي – السببي يتوجّه إلى التأثير المتراكم في الماضي. وهو منهج بإمكانه تحديد ما هو قابل للقياس فقط، أي ما هو موجود بصورة مجسّمة، مادّية.

ولدى تطبيق ذلك على أبحاث الدواء واختباره، فإنه يعني أنه لا يمكن إقامة علاقة حركية – دوائية متينة والبرهان عليها إلاّ بين مواد فعّالة معرَّفة بدقّة وركائز تلقّي التأثير معرَّفة بدقّة، أي جسم الكائن الحي أو أنسجة مادّية مفردة منه. ومن حيث أن الأمر يتعلّق بمثل هذه العلاقات، فقد أصبح الاختبار العقلاني فائق الدقّة ممكناً منذ أواخر القرن التاسع عشر. ولكن تبدّلاً في الجسدي يعني بالتأكيد، كما الجسدي نفسه، تراكم، تكدّس تأثيرات أو مؤثِّرات وظيفية سابقة. بتعبيرٍ آخر، قبل أن تكون مادّة معرَّفة قادرةً على إحداث مثل هذه التبدّلات الجسدية بزمنٍ طويل – وليكن من خلال جرعةٍ متزايدة أو من خلال استعمالٍ مديد – تكون قد أحدثت مسبقاً في المجال الوظيفي تبدّلاتٍ في الحدث الدينامي، في المجريات الحيوية، في الحدثيات النفسية. كل هذه الحدثيات، كل ما هو وظيفي، دينامي، حيوي، يقع خارج إمكانات معرفة علمٍ مؤسّس على التحليل السببي.

ولكن من الطبيعي أن المجريات الحيوية، النفسية، الوظائف، الحدث الدينامي، لا تقع خارج دائرة خبرة الطبيب الحسّية اليومية على فراش المريض. فهو يعايش المرض، إلى حين، كاضطرابٍ في عافية المريض الذاتية، أي في تمظهراته الحياتية، في أحاسيسه ومشاعره وفي أفكاره. كما أنه يعلم أن هذا الاضطراب قد يؤدّي إلى تبدّلاتٍ جسدية. ويعلم أيضاً بالتأكيد أن الأدوية بإمكانها التأثير في هذا الاضطراب، تخفيفه أو شفاءه. سوى أن مثل هذه المعرفة تجريبية محضة، جمعها الأطبّاء الشعبيون وطبّقوها منذ آلاف السنين. وتُعتبر في أحسن الأحوال أساس المعرفة العلمية ومرحلتها التمهيدية، ولكنها ليست نظيراً لها أو بديلاً عنها إطلاقاً. وهكذا يُصادَف في عيادات الأطبّاء وفي أقسام كثير من المشافي تعايش غير مرضٍ للمنهج العلمي الصارم والتجربة غير الواضحة. إن الأطبّاء المخوّلين والقادرين على الاختبارات الدوائية (علماء الأدوية، الأطبّاء

السريريين) في طب اليوم شديد التوزيع في العمل، يغفلون أو يتغافلون عن عدم التوازن بين منهج علمي مدقِّق في مجال محدّد بدقّة، وبالتالي ذي كفاءة مثالية، وبين التجربة أو الخبرة الخالصة التي لا تزال قائمة على الدوام في مجالات الطب الأساسية والغالبة.

فضيحة الاختبارات الدوائية الحالية:

إننا ندّعي أن الاختبارات الدوائية الممارسة اليوم تتأثّر بطروحات وعقائد سلفية وعدمية، إن لم تكن تتحدّد بها.

لنتذكّر ما يلي: كل إنسان يعلم – ولا يجادل في ذلك أي عالم – أن كل مادّة من حولنا، كل موضوع يمارس علينا تأثيرات نفسية ووظيفية بصورةٍ متواصلة، قبل أن يُحدث فينا تبدّلاتٍ جسدية بزمنٍ طويل، أو دون أن يُحدثها في أيّ وقت: الطبيعة التي تحيط بنا، البشر الذين نخالطهم، الأطعمة التي نتناولها، الروائح التي نلتقطها، الأصوات التي نسمعها... تثير فينا بشكلٍ متواصل «انطباعاتٍ» متنوّعة نختبرها بوعي، ولكنها تتملّص من أيّ تحديدٍ جسدي (أي من قابلية تحديدها كتبدّلات في أجسادنا). وعلى العكس تماماً من هذه الخبرة العامّة الأساسية والأكيدة، تنصّ العقيدة الأساسية لمختبر الدواء الحديث على ما يلي: كبرهانٍ على تأثير دوائي، لا يمكن قبول سوى التأثيرات التي يمكن إثباتها وضعيّاً في أو على تبدّلات جسدية.

وعليه فإن التأثيرات الدوائية لا تزال مفهوماً متعدد الجوانب ومبهماً نسبيّاً، رغم كافة النقاشات العلنية العامّة المتعلّقة بالموضوع. ولتوضيح سخف ولامعقولية المبدأ العقائدي (الدوغماتي) نورد المثال التالي: يمكن للعزف على الآلات الموسيقية أن يثير لدى السامعين، تبعاً للّحن المختار ومقدرة العازفين، مختلف الأمزجة والأحاسيس وردود الأفعال: إصغاءً حالماً، بهجةً وسروراً، صفاءً وانشراح صدر، حزناً، ألماً، نشوة ووجداً. ولكن رغم أن أحداً لا يشك بأن مثل هذه الأمزجة، إذا ما تعرّض لها المرء باستمرار، لها تأثيرات راجعة على الإحساس بالحياة وعلى الصحّة، ورغم أن توابع البيولوجيا والطب، وخصوصاً علم الأخلاق أو علم النفس أيضاً، يدرسان بلا ريب هذه الظواهر، فإنها تتملص كلّيّاً من قابلية اختبارها والتحقّق منها جسديّاً، أي مادّيّاً (صحيح أنه بالإمكان إثبات أن موسيقا الجيش أو المارشات العسكرية تسرّع النبض وتزيد من تحرير الأدرنالين وإفراز العرق ...إلخ، إلاّ أنه لا يمكن إرجاع ذلك إلى إحداث الأصوات فقط عن طريق الآلات الموسيقية،

فمطرقة الهواء المضغوط، الانفجارات المتواصلة، ضجّة العراك والتضارب في مقهى أو المؤثرات الصوتية التي ترافق اليوم أفلام الرعب أو الأفلام البوليسية، لها التأثير نفسه. وللبرهان على أن الآلات الموسيقية تُحدث تأثيرات نوعية، يجب على المرء الطلب من الموسيقيين أن ينهالوا بآلاتهم ضرباً على أجساد الجمهور: فعنذاك يمكن البرهان على جروحٍ وإصابات رضية لا يُستهان بها، كسور جمجمية أحياناً، وفي حال «حسن الحظ» تمزّق أبهر أيضاً – إصابات يمكن إرجاعها عمليّاً وبدقّة إلى التأثير القاطع لأرضية «تشيللو» مُحطَّم...

هذه التأثيرات فقط، أي التأثيرات التي تبدِّل أجسام المستمعين بصورةٍ مرئية وقابلة للبرهان، ألاّ وهي التأثيرات الناجمة عن التماسات المؤذية للآلات الموسيقية، يستطيع المنهج التحليلي – السببي في المعرفة أن يسجّلها وضعيّاً بصورةٍ أكيدة، ويقبلها كبرهان على التأثير.

ولكن كما يقال، لا يقتصر الاختبار الدوائي الحديث طبعاً على مطالبته بالتبدّلات الواضحة الشديدة في الركيزة فقط – أي في مثالنا، مطالبته بأن ينكِّل الموسيقيون بالجمهور جسديّاً – باعتبارها البرهان الوضعي على التأثير. فثمّة بعض الانحرافات السلفية التي تُعتبر مهمّة أيضاً، لا بل أكثر وبالاً على النتيجة، هذه الانحرافات التي تبتر من خلالها خبرات حسية، قد تكون ساذجة، ولكنها صحيحة وصادقة وغالباً ما تتسبب للمرضى بأضرار غير مباشرة.

السلفية (Atavismus)، كما هو معروف، نكوص إلى مرحلة وظيفية ومرحلة وعي تم تجاوزهما، من الناحية التاريخية – التطوّرية، من زمنٍ طويل. ونصادف مجموعةً كاملة من مثل هذه السلفيات في ما يضعه الاختبار الدوائي الحديث كشرطٍ «للموضوعية» الواهمة: «التجربة العمياء» أو حتّى «التجربة العمياء المزدوجة».

أما حجّة التجربة العمياء فهي ما يلي: تتضرّر الموضوعية لدى اختبار التأثير الدوائي عند الإنسان عندما يضع المريض في حسابه أنه يُعطى مادّة دوائية فعّالة. ومن هنا لا بد من إلغاء موقف الترقب والتوقّع هذا أو معارضته – إما بترك المريض في غموض، بحيث لا يعرف إن كان يتلقى دواءً أصلاً («التجربة العمياء»)، أو بإشراك مجموعة مقارنة من المرضى، تعاني (كما يُتوهَّم) من اضطرابات مماثلة، ولا يعطيها المرء أيّة مادّة دوائية، وإنما دواء ظاهريّاً، وليكن سكر اللبن مثلاً. كما أن مجرّد تفاؤل الطبيب الذي يأمل ويعد نفسه بالتأثير من خلال استخدام مادّة جديدة، بإمكانه الإخلال بالتأثير «الموضوعي». لذلك لا بد للمرء في بعض الظروف من ترك حتّى الطبيب

أو الممرّضة التي تقوم بتوزيع الأدوية على المرضى، على جهلهما فيما إذا كانت تُعطى مادّة الاختبار أم المادّة الظاهرية («التجربة العمياء المزدوجة»).

أما السلفيات الفعّالة هنا فهي التالي:

1. سلفية التجربة أو الخبرة: مثلما يشيح الإنسان، في مرحلة الطفولة الباكرة، بنظره عن واقعة مفزعة له أو مُلهية له، كي لا يصاب بالأذى، أو مثلما يغطّي الإنسان البدائي عينيه لإبعاد التأثيرات التي تتهدّده أو إزالتها، كذلك يعتقد مختبرو الأدوية أنه يكفي أن يعصُب المرء عينيّ المريض، أو المريض والمعالج، لاستبعاد أيّة مؤثرات قد تخلّ بالتأثير الدوائي.

2. سلفية المعرفة: تتكوّن النفس والإحساس البشريان، بحسب مفهوم مختبري الأدوية، من مشاعر الأمل أو القلق فقط دون غيرها: الأمل بالشفاء أو التحسّن، أو القلق من التفاقم والسوء، من الآلام أو الموت. أما وأن المخيّلة الباقية لفردٍ ما قد يكون لها تأثير راجع ما على الصحّة، وبالتالي على شفاء المرض أو تفاقمه، فيبدو أنه أمر غير ممكن ومستبعد لدى هؤلاء العلماء.

ومن البديهي أيضاً أن تبقى أجواء المشفى، الكادر البشري بكامله، الإنفاق الجهازي الضخم، في نظرهم عديمة الأهمية، ويمكن إهمالها، ناهيك عمّا يحمله المريض منذ الولادة، أي بنيته.

3. أخيراً تبقى سلفية الأخلاق التي تجعل مختبري الأدوية يتراجعون إلى مرحلة بدائية تعود إلى ما قبل الخلق الإنساني، وذلك عندما يعطون لأشخاصٍ مرضى أدوية ظاهرية وهمية بحجّة المعالجة الطبية، أو الأسوأ من ذلك عندما يجرّبون عليهم، ومن غير علمهم، مواد لا تخفّف من مرضهم ولا تقصِّر من مدّته، وإنما قد تسبِّب في بعض الظروف آلاماً جديدة أو مطوَّلة.

المعايير الموضوعية لاختبار دوائي علمي:

من مقوّمات العلم الجوهرية أن معطياته النظرية والتجريبية قابلة للتكرار وإعادة إنتاجها عمليّاً. وإذا نقلنا هذا الاستحقاق إلى الاختبار الدوائي، نحصل على المعايير التالية:

1. يجب إثبات التأثير الدوائي بالتجربة الوضعية، أي بالخبرة الفعلية.

2. يجب صياغة مقولات الاختبار الدوائي بدقّة، أي بوضوح، وبالتالي بصورة قابلة للتكرار المماثل ومُلزمة بصورةٍ عامّة.

3. يجب أن يكون اختبار دواء معطى ما اختباراً شاملاً.

الوضعية في الاختبار الدوائي:

يشترط الاختبار الدوائي الوضعي تجريب المادّة الدوائية على النحو ذاته الذي يُستخدم فيه، أي طبقاً للغرض العلاجي منها. هذا الاستحقاق البديهي ظاهريّاً يتم الاستخفاف به من قبل جميع علماء الأدوية الذين يقومون باختبار الأدوية المخصَّصة للطب البشري على كل الحيوانات الممكنة. حيث يتم بكل بساطة إخفاء أن المرء لا يحصل من الفئران، الجرذان، الأرانب، الخنازير الغينية، الخنازير والقرود، على معلومات عن التأثير النفسي لمادّة ما، ولا على معظم المعطيات الأخرى المهمّة وظيفيّاً. ما إذا كانت مادّة معيّنة بجرعةٍ محدّدة، تسبِّب آلاماً في شحمة أذن فأرٍ ما، أو في أصابع قدمه اليسرى، ما إذا كان الفأر يشعر بالنشوة، فيما عدا إحساسه بشيء من الغثيان – فإن ذلك لا يعني أقلّ دليل على كيفية تأثير الحدث الوظيفي على مستويات الوجود المختلفة. إن غالبية المعطيات المكتسبة من التجربة على الحيوان، مسحوبةً استقرائيّاً على الإنسان، ليست معطياتٍ وضعية مبدئيّاً، وإنما معطيات فرضية. إذاً فاكتساب معطيات وضعية حول الأدوية المخصَّصة للطب البشري يشترط الحصول على مثل هذه المعطيات من ملاحظة الأفراد البشريين مبدئيّاً (وكي لا يُساء فهمنا، فنحن نتحدّث هنا عن الاختبار الدوائي، أي عن التأثير الحركي – الدوائي، وليس عن التأثير السمّي العام. عندما أفترض أن مادّة تركيبية ما تمتلك تأثير سيانيد البوتاسيوم السمّي، أو تفوقه سمّية، من البديهي أن أحداً لن يقترح تجريبها في الحال وبجرعةٍ عشوائية على إنسان ما).

التحديد الدقيق، أي الصريح للتأثير الدوائي:

يشترط التعريف الدقيق في أيّ علم صياغة كافة معطيات الملاحظة باستخدام معايير عرفية معرَّفة بوضوح ومعروفة بصورة عامّة. ومثل هذه الدقّة غير ممكنة في الاختبار الدوائي على الطراز الغربي إلا حيث يمكن تعريف المقادير الحرجة، أي المادّة في بعد كافٍ لتكون قابلة للقياس. ولكن

العلم الغربي لا يمتلك أيّة معايير صريحة ومُلزمة من أجل التعريف الدقيق والوضعي للوظائف المهمّة البدئية. (لنكرّر أن كافة مقولات الطب الغربي حول الوظائف – على سبيل المثال الفيزيولوجيا – إما مقولات تجريبية بحتة، أو، عندما تستند إلى قياساتٍ دقيقة، مقولات معممة استقرائيّاً، وليست مقولات وضعية).

ولكن مثل هذه الأعراف لا يمكن تحديدها تحكّمياً كما نشاء، إنما تنشأ في إطارٍ من التأثير المتبادل الوثيق مع التجربة. ورغم المستوى الرفيع للمعرفة في القرن العشرين، ليس هناك أيّ نظام علمي تركيبي – استقرائي يمكن مقارنة معاييره، ولو بشكل تقريبي، مع الطب الصيني، وخصوصاً فيما يختصّ بمعاييره العرفية.

الاختبار الدوائي الشامل:

إن ضرورة اختبار المادّة المستعملة لأغراض علاجية بصورةٍ شاملة، أي فيما يختصّ بكافة تأثيراتها المهمّة، هو المطلب الأكثر بداهةً ظاهريّاً، ولكنه في الحقيقة الاستحقاق الأكثر إشكالاً وتعقيداً من بين الاستحقاقات المطروحة هنا. فكل التأثيرات الناجمة عن دواءٍ ما في فردٍ ما عبارة عن أفعال أو حركات (aktion)، أي أنها، من حيث الجوهر، ليست غير قابلة للقياس فحسب، وإنما هي غير قابلة للحصر أصلاً. ويتعلّق التأثير الذي تُحدثه مادّة ما، إضافة إلى ذلك، بالركيزة التي تدخل المادّة في تماسٍ معها. لذلك لا يمكن تقييم التجربة التحليلية في أنبوب الاختبار أبداً على أنها مساهمة في اختبار دوائي شامل، ولا حتّى التجربة على الحيوان.

ولا بد من تعريف عبارة «شامل» والنظر إليها بصورة نسبيّة دوماً، بالالتفات إلى المرجعية المحدّدة، ألاّ وهي التطبيق على الحيوان، التطبيق في الطب البشري ...إلخ. فإذا لزم إدخال دواء ما في الطب البشري، فإن «الاختبار الشامل لهذا الدواء» يعني التسجيل الموثوق لكافة التأثيرات ذات الأهمية بشكل ما بالنسبة للإنسان. (إذن، فالتأثيرات التي قد يفترضها المرء، والتي هي بالفعل ذات دلالة بالنسبة لأنواع حيوانية معيّنة أو بالنسبة لمخلوقات خارج أرضية مفترضة، لا يمكن اختبارها لدى الإنسان، فضلاً عن أنها دون دلالة، أي دون أهمية بالنسبة له).

ولكن حتّى هذا المفهوم الضيق إلى هذه الدرجة لـ «الاختبار الشامل» يطرح أيضاً أسئلة منهجية مبدئية. لا شك أن التجربة الصرفة، أي الخبرة الملموسة لفردٍ ما، أو لعددٍ من الأفراد قابل للتقييم إحصائيّاً، غير كافية لتضفي على الاختبار طابع الشمول، وذلك لسببين:

1. لأن التجربة تلتصق مبدئيّاً بالواقعة المحدّدة الملموسة، أي بالانطباع الحسّي، بالعرض، وترتبط به وصفيّاً.

2. لأن مؤثرات أكثر ندرةً، ولكنها ذات أهمية فيما يختصّ بالحفاظ على الحياة، لا تبرز في وفرة إحصائية بما يكفي من الوضوح، كونها لا تُلاحظ إلاّ بتعلّقها بالزمان والمكان. وشرط المقولة الشاملة عمليّاً هو الاستخدام الدقيق لوسائل منهجية.

ولتوضيح وجهة النظر هذه نقول: لا يمكن إثبات أن عدد الكريات البيض مرتفع بصورةٍ ذات دلالة، رغم المساعدات التقنية، المجاهر مثلاً، إذا لم تتوافر في الوقت نفسه المنهجية المعدَّة من قبل الطب التحليلي – السببي، أي المعرفة الوضعية بالنسبة العددية المميِّزة في تركيب الدم، بتقنية أخذ الدم وبالحكم على الصيغة الدموية. وإن شئنا فإن ذلك ينطبق على النحو ذاته، ولكن بشكلٍ موسَّع أكثر بكثير، على المسألة التالية: أيّة وظائف معيّنة تغيّرها مادّة دوائية ما، وبأيّة طريقة؟ وللإجابة عن مثل هذا السؤال، لا بد من توافر ليس فقط لائحة بجميع الوظائف ذات الدلالة، وإنما لا بد أيضاً من كون التعليمات المنهجية معروفة، والتي يتم بموجبها كشف انحرافات الوظائف على نحو مثالي تقنيّاً وقابل للتكرار متى نشاء. وهنا أيضاً لا علم لنا بأيّ نظام علمي قام بإعداد وسائل دقيقة ومتمايزة وعلمية في الوقت نفسه، ولو بشكلٍ تقريبي، كالطب الصيني.

الاختبار الدوائي الجديد:

لا بد للاختبار الدوائي من النوع الجديد أن يكون اختباراً شاملاً، وضعيّاً وصريحاً لأيّة مادّة نشاء يُفترض بها أن تُستعمل لأغراض علاجية (عندما نتكلّم هنا عن «مواد»، فإننا نتبع تحديداً لغويّاً ضيّقاً لا يكمن في المنهج: إذ يمكننا إقرار إجراءات علاجية أخرى أيضاً، وتحديدها فيما يختصّ بتأثيرها وفعاليتها، أي على سبيل المثال تطبيقات المعالجة الفيزيائية، تطبيق الصبّات المائية، التدليك، المسّاجات وغيرها الكثير. يبدأ سلّم المواد العلاجية القابلة للاختبار من الأدوية

الهوميوباتية[108]. التي لا تحتوي، حسب الفهم الفيزيائي، سوى القليل، أو لا تحتوي إطلاقاً أية مكوّنات فعّالة يمكن إثباتها مادّيّاً، مروراً بأدوية العلاج بالنباتات (Phytotherapie) التي تتميّز بتعقيدٍ فائق، حتّى من غير مزج خلاصات من نباتات مختلفة، إلى المستحضرات التركيبية من كل مصدرٍ وتركيب ممكن، وصولاً إلى مواد العلاج الكيمائي البسيطة والمركبة).

ويتضمّن هذا الأسلوب جزأين أو ثلاثة أجزاء من الاختبار، يمكن لأيّ منها أن يمتدّ على فترات طويلة وأن يتناول عدداً أكبر من الأفراد. ومن الأمور الأساسية أن يتم كشف الحركية – الدوائية، أي التأثير الدوائي للعقاقير المخصَّصة للطب البشري، على متطوّعين بشريين فقط دون غيرهم.

في «نظرية» الاختبار الدوائي المتّبع حتّى الآن ثمّة تحفّظات على الاختبار على الإنسان، وفي ذلك كل الحق، لأن هذه الطرق لا ترى الحجّة الوضعية سوى في إحداث تغيّرات جسدية وملاحظتها، أي في «كمانٍ محطَّم على رأس المستمع». ولكن لكل مادّة، وقبل أن يؤدّي استعمالها بكميات (جرعات) إلى تأثيرٍ قابل للإثبات أو بالأحرى للقياس على شكل تغيّراتٍ جسدية، بفترةٍ طويلة، جملة من التأثيرات الوظيفية. وهذه التأثيرات الوظيفية عكوسة بشكلٍ كامل، أي أنها لا تخلِّف أيّة تبدّلات دائمة فيما يختصّ بالسلامة الجسدية. وفي الاختبار يجب أولاً استعمال كل مادّة مختبرة بجرعاتٍ تقع أسّياً دون الحدّ الأدنى للجرعات الفعّالة جسديّاً.

1. الحالة المسبقة لكل متطوع:

«كل إنسان مختلف»، كل إنسان يمتلك شروطاً بنيوية، أي خلقية، مختلفة. ليس هناك قبلياً أيّة تعميمات حول كيفية استجابة البشر على مادّة معيّنة. ولذلك لا بد في الحالة المسبقة للمتطوّع من تسجيل وتوثيق الوضع الوظيفي الإجمالي النوعي فرديّاً – وهو ما لا علاقة له بالمرض! – بصورةٍ دقيقة وشاملة.

مثل هذه الحالة المسبقة تستبعد كل ما يتم إبرازه اليوم في مفاهيم علمية مزيَّفة مثل «التأثير الغُفل» (Placebo)، «الشفاء التلقائي»، «التأثيرات الجانبية التي لا يمكن التكهّن بها مسبقاً». إذ إنها – ومع استخدام وسائل تشخيص الطب الصيني – تُعتبر شاملة، من حيث أنها تسمح بكشف

العطوبيات القائمة في المجالات الوظيفية المختلفة أو الحالات الحدّية قبل أيّ تبدّل جسدي. وانطلاقاً من معرفتنا الدقيقة بمثل هذه العطوبيات بإمكاننا تقدير عدم جواز اختبار عقار ما على متطوّع معيّن، لأنه سوف يشكِّل له إجهاداً غير ضروري، وذلك جراء اضطراب التوازن العطوب بصورة غير اعتيادية. كما أنه انطلاقاً من وقوفنا على الحالات الحدّية بإمكاننا تقدير أن تلك التغيّرات التي سيصفها المرء لدى متطوع أيضاً دون مداواة، أو على العكس، لا يمكن إحداثها حتّى مع المداواة.

2. الاختبار الوظيفي:

والخطوة التالية هي «الاختبار الوظيفي». وفي سياقها ينبغي أن يتم كشف الاتّجاه الذي تدفع أو بالأحرى تحرف فيه المادّة المختبرة أو الإجراء المدروس الاستقامة (Orthopathie) بشكلٍ منتظم. إذن، فالموضوع يدور هنا حول مقولاتٍ وضعية عن الاتّجاهات، حول التحديدات الكيفية.

هذا الاختبار الوظيفي يجب تنفيذه، على فتراتٍ طويلة، على متطوعين أصحّاء يضعون أنفسهم طوعاً تحت تصرّف الاختبار. (فعدم وضع أنفسهم طوعاً تحت تصرّف الاختبار لا يكون خوفاً من أضرارٍ أو حتّى من مجرّد أخطارٍ محتملة على صحّتهم، وإنما لأن التوثيق المتقن للمشاهدات يقترن بصرف زمنٍ لا يستهان به، وهذا بدوره يتطلّب بعضاً من الصبر والمثابرة).

ففي الأدوية التي ينبغي اختبار تأثيرها على المدى الطويل، قد يكون من المناسب متابعة هذا التأثير على الفرد ذاته، ليس طوال شهور، بل طوال سنين).

ماذا يُطلب من الاختبار الوظيفي وماذا يُنتظر منه؟

بدايةً يحدِّد هذا الاختبار كافة العوامل المسحوبة على الوظيفة، أي المؤثِّرة على المظاهر الحيوية، الإحساسات، الانفعالات النفسية. وتُعتبر هذه التأثيرات الوظيفية التأثيرات الأوّلية التي لا يمكن تحاشيها أو قمعها في أيّة مادّة دوائية أو أيّة طريقة علاجية ممكنة. فعندما يلاحظ المراقب مسبقاً تبدّلات جسدية، هذا يعني أن هناك عدداً كبيراً من العوامل الوظيفية تمارس تأثيرها على المتطوّع في آن معاً، ومنذ فترة طويلة. لذلك فإن تحديد التأثيرات الوظيفية لدواءٍ معيّن يجب أن يقع

في بداية اختباره، وغالباً ما يمكن قبولها كحصيلة إجمالية للاختبار – وذلك دائماً حيث يوضع في الحسبان التأثيرات الجانبية المخلَّة أو المؤذية – المسمّاة «سمّية» – الناجمة عن زيادة الجرعة.

لا بد من فهم ثلثي الإصابات المرضيّة على الأقلّ، والتي يتعاطى معها الطب اليوم، على أنها مجرّد اضطراباتٍ وظيفية، حيث يتم إرجاع الروماتيزم أو التصلّب اللويحي العديد مثلاً إلى اضطرابات «متعدّدة العوامل». وفيما يختصّ بهذه الاضطرابات التي وإن كان الطب الصيني يمتلك الوسائل المنهجية لتشخيصها وعلاجها، ولكنه لا يمتلك ثروةً نوعية من الخبرات سوى في جزءٍ منها فقط، أقول من المرغوب، لا بل من الضروري فيما يختصّ بهذه الاضطرابات أيضاً، أو بالأحرى تحديداً، إخضاع تلك العقاقير المستعملة منذ قرونٍ عديدة بالذات في دوائر ثقافية أخرى (وهي في الغرب دستور الأدوية الجالينوسي) لاختبارٍ وظيفي ممنهج بصرامة، وذلك للإحاطة بصورةٍ أكثر نوعية بتأثيراتها المحدَّدة في الأدب الطبي غالباً وصفيّاً فقط.

3. الاختبار البدني:

يهدف الاختبار البدني لدواءٍ ما، كما تدل التسمية، إلى تحديد التأثيرات التي يمكن تسجيلها في العضوية البشرية كتبدّلاتٍ عضوية جسدية. ويُطلعنا الاختبار الدوائي المتّبع إلى الآن على مثل هذه التأثيرات أيضاً، ولكن الدواء يتم اختباره على مرضى مختارين، لا يتوافر في أفضل الأحوال سوى القليل من المعطيات التجريبية حول الحالة المسبقة الوظيفية والبنيوية لديهم وحول حالتهم الوظيفية الحالية الآنية. ولا يفترض مبدئيّاً، في إطار اختبارٍ دوائي موسّع، إدراج الاختبار البدني إلاّ بعد انتهاء الاختبار الوظيفي الذي يبني على نتائجه. ويُفترض في مثل هذا الاختبار مجدّداً – كما هي الحال في الاختبار الوظيفي – أن يتم تنفيذه في ظلّ إعلام تامّ للمتطوّع، حيث يتم إطْلاعه على المعارف والمعطيات المكتسبة من الاختبار الوظيفي. بيد أنه في الواقع قد يتوجّب إجراء الاختبارات البدنية، جزئيّاً على الأقلّ، على مرضى المشافي، أي حيثما تكون الأدوية المختبرة مخصَّصة لمعالجة اضطراب متقدِّم مع موجودات جسدية بالجملة. صحيح أنه بذلك لا يتم إلغاء مشكلة التأثيرات الجانبية لدواءٍ جديد، ولكن حجمها سوف يكون قابلاً للمراقبة والضبط بصورةٍ أفضل بكثير بالمقارنة مع الاختبار من النوع القديم. فالمرء لن يستعمل مادّة مجهولة كلّيّاً في جرعةٍ عالية فوراً، وإنما سوف يتلمّس إمكانيات تأثيرها تدريجيّاً. ثم إن المعارف الجانبية الداعمة التي يمكن

استحضارها من تجربة دساتير الأدوية القديمة أو من منهج الكيمياء وتصنيفها، توفّر مرتكزاتٍ للتصحيح أو التدقيق أو المعاوضة المحتملة لدواءٍ بآخر. وقد يكون من الضروري في الاختبار البدني أيضاً مواصلة عملية الاختبار على الفرد ذاته طوال شهور، وفي بعض الظروف طوال سنين – الأمر الذي سوف يأخذه المرء بعين الاعتبار لدى انتقاء المتطوّعين.

توحيد المقاييس في الأدوية:

من كل ما قلناه حتّى الآن يتبيّن أنه عن طريق الأساليب الوظيفية قبل كل شيء، ولكن أيضاً البدنية المكيَّفة، يغدو بالإمكان توحيد المقاييس في الأدوية فيما يختصّ بتأثيرها السريري.

ولمعلومات غير الأطبّاء نقول: إن علم الأدوية الحالي، والصيدلة أولاً وقبل كل شيء، ترى في توحيد المقاييس الدوائية القانونية، أي في الأدوية المقرّة بدستور الأدوية، والمألوفة في الصيدليات، عن طريق تحديد المادّة الفعّالة، واجباً من واجباتها المهمّة. وينجم توحيد المقاييس هذا في الأدوية الكيميائية، بطبيعة الحال، عن عملية الإنتاج نفسها، والتي هي غير قابلة للتنفيذ أصلاً دون معرفة الصيغ الكيميائية والنسب الوزنية. أما في أدوية المعالجة بالنباتات (Phytotherapie) فيحاول المرء منذ القرن التاسع عشر تحليل الكنز الدوائي الموروث وتوحيد مقاييسه فيما يختصّ بمواده الفعّالة الرئيسة، عن طريق تحاليل كيميائية وتجارب دوائية (مع كل التقييدات والتحفّظات المذكورة أعلاه، كالتجربة على الحيوان، التجربة العمياء ...إلخ). وفي بعض البلدان لم يعد يُسمح، قانونياً وجزائيّاً، سوى بمادّة فعّالة معزولة من بعض العقاقير القديمة، كنبات ست الحسن (Belladonna)، وهي في هذه الحالة مادّة الأتروبين، ويأسف لهذا التطوّر الكثير من المعالجين المقتنعين بأن العقاقير الطبيعية تتمتّع بطيف تأثير أوسع بكثير من المادّة الفعّالة المعزولة منها. بيد أن أيّاً من طرفي هذا الجدال لم يتمكّن من فرض نفسه، وذلك نظراً للقصور المنهجي القائم في الاختبارات الدوائية المتَّبعة حتّى الآن.

والاختبار الدوائي من النوع الجديد قادر على تحديد التأثيرات السريرية الدقيقة لأيّ دواء، حتّى الأدوية الأكثر تعقيداً، وهذا هو في النهاية الأمر الحاسم بالنسبة للطبيب والمريض على السواء: فالمريض لا يهمّه كثيراً مما يتكوّن الدواء الذي يتناوله، وإنما مدى فائدته وسلامته

وديمومته. وبالطبع فإن الاختبار الدوائي الوظيفي يقدّم المعلومات حول هذه الإمكانات والتوقّعات بالتحديد.

إذن بمجرّد أن يتوافر عدد كافٍ من الأطبّاء الضليعين بطرق التشخيص الصيني التقليدي، سيكون توحيد مقاييس أكثرية الأدوية أمراً عمليّاً، وقبل كل شيء اقتصاديّاً، توحيد ليس من ناحية المحتوى من المادّة الفعّالة، والذي هو بالتأكيد عرضة لتقلّبات معيّنة تتعلّق بالمصدر، بزمن الجني ...إلخ، وإنما من ناحية التأثير السريري وحده. وبمثل هذا المنهج، وانطلاقاً من الآفاق التي نملكها حول طبّ عقلاني شامل، سوف يتم بلوغ الوضع المثالي الذي نطمح إليه.

ملحق

فهرس الكلمات

القدرة على الدفاع: تتعلّق القدرة على الدفاع، من وجهة نظر الطب الصيني، قبل كل شيء بحالة الاستقامة، وبمعنى أدقّ باستقامة الدارة الرئوية وباحتياطات الطاقة المتوافرة في الدارتين الطحالية والكلوية.

المعايير الرئيسة الثمانية: ألا وهي Yin وYang، الداخل والخارج، البرودة والحرارة، الاستنفاد والامتلاء، وتُعتبر أهم المعايير العرفية الكيفية المستخدمة في التشخيص.

العامل المرضي (Agens): بالصينية Yin، وهو عامل مُسلَّم به فكريّاً، ويُفترض وجوده مع تأثيرٍ ملاحَظ في آن معاً، ويكون ظهور هذا التأثير مشروطاً به وحده أو بالاشتراك مع عوامل أخرى. إذن فالعامل المرضي (Agens) في العلم التركيبي – الاستقرائي هو المقابل الفكري لما يمثِّل السبب (Causa) في العلم التحليلي – السببي.

البرودة (algor): يمكن أن يُقصد بكلمة algor، المترجمة حرفيّاً بـ«البرودة»، إما معيار تشخيصي رئيس أو عامل مرضي أو انحراف (Heteropathie) ناجم عن العامل المرضي وله الاتّجاه نفسه.

فعل، فاعل، فاعلية (aktivity): هذه المفاهيم عبارة عن مطابقات للكلمة الصينية Yang، وهي تصف الجانب الدينامي، الحركي، المغيِّر، المتوسِّع، النافي، السالب، أي المغيّر لما هو قائم،

النافي له، المبطل له، غير القابل للإدراك وضعيّاً إلاّ بشكلٍ غير مباشر، وغير القابل للتعيين بحدّ ذاته.

الراهن، الراهنية أو الفعلية (aktuality): الحاضر، الحضور، أي قبول أن تأثيراً ما يتواجد مع إدراكه في آن معاً. وهنا تشير «الراهنية» ببساطة إلى التزامن، بينما يشير مفهوم «الراهن» أو «الفعلي» إلى تأثيرٍ أو طاقةٍ متكثّفة ككلّ (والنقيض هو: «طاقة كامنة أو كمون» – Potential).

المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي (Aku–Moxa–Therapie): مطابقة للتركيب اللغوي الصيني Zhenjiu، وتصف التقنية الأكثر أهمية لما يُسمّى بـ«المعالجة الخارجية»، ألاّ وهي وخز الإبر وحرق مخاريط صغيرة من عشبة حبق الراعي فوق نقاط التنبيه على سطح الجسم.

الضغط النقطي (Akupressur): انظر الصفحة 238.

الوخز بالإبر (Akupunktur): تصف هذه الكلمة بمعناها الحصري والدقيق وخز إبر خاصّة في نقاط التنبيه على سطح الجسم بقصد المعالجة وبناءً على نظرية الطب الصينية، فقط دون غيره. بيد أن هذا المفهوم كثيراً ما يُستعمل في الأدب الغربي، وبشكلٍ مضلِّل، لوصف كافة الإجراءات الطبية التي تُستخدم فيها إبر ما. ولكنها لا تستند إلى الطب الصيني، وعلى الأخصّ المعالجة الأذنية (الوخز بالإبر الأذني)، وقبل كل شيء التسكين بالوخز بالإبر.

نقطة الوخز بالإبر: انظر الثقبة (foramen).

التسكين بالوخز بالإبر (Akupunkturanalgesie): انظر التسكين بوخز الإبر.

التشريح (Anatomie): وهو فرع نظري في الطب الغربي الحديث وحده، ويهتمّ بتشريح وتقسيم الجسم. وهو يشترط ملاحظةً وضعية دقيقة للمادّة، أي للركائز الجسدية، على أساس المنهج التحليلي – السببي فقط. على أن النظرة التركيبية – الاستقرائية إلى الحقيقة، والمسحوبة بدئيّاً على الوظيفية، لا يمكنها، عبر الركيزة، أن تكتسب سوى معارف تجريبية، أي معارف غير منظَّمة عقلانيّاً بصرامة.

صحيح أنه وُجدت في الصين أيضاً بدايات لمثل هذا المذهب قبل وبعد الميلاد، انعكست في مقولات مبعثرة حول حياة Hua Tuo، وبتفصيلٍ أكبر في Nanjing («المؤلَّف الكلاسيكي

للاعتراضات»). إلاّ أنه من المغالطة والخطأ الادّعاء بأن مثل هذه المساعي أمكنها أن تمارس تأثيراً ما على النظام التركيبي – الاستقرائي الصارم للطب الصيني، أو حتّى الادّعاء الذي يمكن دحضه بمنتهى الوضوح والبساطة، والقائل إن ما يوصف في الأدب الطبي الصيني بـ «التخطيط الأيقوني للدارات» يمثِّل تشريحاً بدائيّاً».

الركيزة التشريحية لطرق التوصيل: إثر الاهتمام الذي استقطبته تقنية الوخز بالإبر الصينية، لدى الأطبّاء والعامّة على السواء، سعى الطب الغربي مراراً وتكراراً إلى إيجاد أدلّة مقنعة، من وجهة نظره، على فعالية الوخز بالإبر، وهنا يندرج أيضاً السعي إلى البرهان على الخاصية التشريحية للثقوب («نقاط التنبيه») التي يسلِّم بها الطب الصيني.

ليس من اختصاصنا التكهّن بصورة عامّة بنتائج مثل هذه الأبحاث، كما لا يتّفق مع قناعتنا إن نحن رفضنا مثل هذا البحث حسب معايير الحكمة والصواب الحاليين. وإنما نسجِّل هنا بكل وضوح وحزم فقط ما يلي:

1. ليس بإمكان مثل هذه الدراسات أن تُسفر عن تأكيد أو دحض المعارف الصينية: فالطب الصيني لم يدّع أو يصرِّح في أيّ وقت من الأوقات بشيء حول نوعية أو خصوصية الركيزة في نقاط الوخز بالإبر.

2. بالتالي لا يمكن لنجاح أو إخفاق مثل هذه البراهين أن يتمخّض عن أيّة نتائج بالنسبة للتطبيق السريري للوخز بالإبر: إذ إن فعالية الوخز بالإبر تتحدّد ويُتنبّأ ويُحكَم عليها، منذ ما يزيد عن 2000 سنة، وفي المستقبل أيضاً، تبعاً لاعتباراتٍ عقلانية متمِّمة.

الأدوية: مواد معقَّدة كثيراً أو قليلاً تُستخدم لمعالجة الاضطرابات الصحّية. ولا تختلف أدوية الطب الصيني (دستوره الدوائي) عن أدوية الطب الغربي أو غيره من النظم الطبية بمصدرها أو تحضيرها بصورةٍ جذرية – فالطب الصيني التقليدي يستعمل سواء عقاقير نباتية، حيوانية أم عقاقير من أصلٍ معدني، يعرف الطب الغربي أيضاً بعضاً منها بصورة مشابهة أو حتّى مطابقةهمأه – وإنما تختلف فقط بتحديد تأثيراتها المختلف منهجيّاً، والأكثر دقّة ووضوحاً من الناحية النوعية.

المعالجة الدوائية الصينية: يُعتبر استخدام الدواء الموصوف طبياً، أي العلاج الدوائي، في إطار الطب الصيني التقليدي، التقنية الأكثر أهمية في معالجة المرضى.

الدارة الخارجية: ضمن ما يُسمّى زوجاً وظيفيّاً يدعو المرء الدارة الفاعلة (Yang) المقابل قطبياً بـ «الدارة الخارجية» أو species. وهكذا ففي شراكة الدارة الطحالية والدارة المعدية تشكّل الدارة الطحالية «الدارة الداخلية» (intima) والدارة المعدية «الدارة الخارجية» (species) التي يعزى إليها في الغالب الجزء الفاعل من الوظيفة الإجمالية.

الجانب الخارجي: ترجمة غير معيارية للمصطلح species، بالصينية: biao.

الأطبّاء الحفاة: من أجل ضمان الخدمة الطبية الشاملة والمنظمة قدر الإمكان، حتّى للمناطق الريفية، بدأ المرء في جمهورية الصين الشعبية، منذ أوائل الستينيات، بتلقين عمّال زراعيين في كل أنحاء البلاد معرفةً طبية أساسية، وذلك في إطار دوراتٍ تعليمية موزّعة على سنةٍ كاملة. وتشتمل هذه المعرفة الأساسية، بلا تفريق، على عناصر الطب التقليدي، الطب الشعبي والطب الغربي. وعندئذٍ تم توظيف العمال الزراعيين المدرَّبين على هذا النحو في الجبهة الطبية الأمامية نوعاً ما، في الحقول والقرى، حيث يمارسون عملهم الزراعي كالمعتاد، ولكنهم قادرين عند الضرورة، وفي حالات الطوارئ، على تقديم الإسعاف الأولي ووضع تشخيصات بسيطة. ولما كان الإنسان في الصين اليوم، كما كانت الحال في كل العصور، يقوم بالكثير جدّاً من الأعمال الزراعية، وليس فقط بزراعة الأرز، وهو حافي القدمين، فقد سُمِّي «الممرّضون» المؤهَّلون على هذا النحو Chijiaoyisheng، حرفيّاً «أطبّاء حفاة القدمين». والواقع أن هذا المفهوم امتد فيما بعد ليشمل غالباً الممرضين في ميدان الصناعة أيضاً، وكان في بعض الأحيان يتم تمجيده وإكباره، من خلال حججٍ سياسية عموماً، على أنه مثل للطبيب القريب من الشعب. بيد أن ما لا بد من تسجيله هو أنه في جمهورية الصين الشعبية لم يتم في أيّ وقت من الأوقات الخلط بين الطبيب الحافي والطبيب المحترف المجاز في الطب بشكل كامل.

الطب الأذني، المعالجة الأذنية (Aurikulomedizin, Aurikulotherapie): مصطلحان طبيان يصفان التقنية المطوَّرة منذ عقود قليلة للمعالجة بوخز الأذن بالإبر.

طاقة البناء: انظر الكلمة Ying.

تسلسل الكبح: ويُسمّى أيضاً «تسلسل القمع»، باللاتينية: Sequentia Vincens Sive Cohibens، بالصينية: xiangshengxu أو xiangkexu، وهو ذلك التسلسل في عناصر الدورة

الطاقوية الذي ينتج عندما يقصد المرء الكبح، القمع، التوجيه المعاكس المتبادَل، وبالمختصر عندما يقصد المرء البنائية (Yin).

الدم: إن ما يصفه العامّة والطب بـ «الدم» هو حسب الفهم العلمي للطب الصيني التقليدي مظهر جزئي للمفهوم التخصصي xue، أي الطاقة البنائية النوعية فرديّاً.

الحرارة (calor): بالصينية re، ويمكن اعتبارها، تبعاً للسياق، معياراً تشخيصيّاً رئيساً، عاملاً مرضيّاً أو الانحراف الناجم عن تأثيره.

طريق التوصيل الرئيس: (Cardinalis): بالصينية jing أو jingluo أيضاً، ويصف تلك الوصلات الذهنية، ولكن ليس الوهمية (!)، التي تربط سلسلة معيّنة من الثقوب (أي نقاط التنبيه) بدائرة وظيفية معيّنة (دارة).

Ch'i: نقل قديم بالأحرف اللاتينية، حسب نظام Wade–Giles للكلمة الصينية qi.

Ching: نقل قديم بالأحرف اللاتينية، حسب نظام Wade–Giles، للكلمة الصينية jing، «الطاقة البنائية الكامنة» (انظر jing).

النظام الغذائي الصيني: يعتبر المطبخ الصيني، دون المساس بخصوصياته في الأقاليم المختلفة، أو غالباً في هذه الخصوصية تحديداً، مطبخاً صحياً للغاية يحرص على الحفاظ على الصحّة. ولقد كانت المعرفة العامّة بنوعيات الحمية على الأطعمة في شرق آسيا، في كل العصور، ولا زالت إلى اليوم، أمراً حيوياً. وهكذا فإن توصيات الطبيب الغذائية، طالما كانت لازمة أصلاً، تلقى هناك تفهّماً أكبر منه في الدوائر الثقافية الأخرى.

دارة عبور: وصف للعبارة اللاتينية: Orbis aulicus، بالصينية: fu، وهي دائرة وظيفية تتميَّز بكيفية Yang، بالفاعلية، ومسؤولة عن متابعة توصيل الطاقة.

العناصر (elements): ترجمة خاطئة للكلمة الصينية xing، «أطوار التحول». وتصادف عموماً في الأدب الأقدم حول الفلسفة والعلوم والطب الصيني، ولا تصادف في الأدب الحديث إلاّ بقدر ما يتم فيه نسخ أو تقليد المؤلِّفين السابقين بغير نقد (انظر «أطوار التحوّل»).

الانفعالات (emotiones): والمصطلح المرضي بالصينية qing، والفيزيولوجي zhi، ويُقصد بها خلجات النفس والمشاعر المألوفة المعرفة التي تؤثِّر على الاستقامة بصفتها «عوامل داخلية»، ويمكن أن تدعمها أو تخل بها.

الطاقوية (energetik): مع أن العلوم الصينية، والطب الصيني أيضاً، لا تعرف أيّ مفهوم عام، مجرَّد يطابق مفهوم «الطاقة» الذي أُدخل في الغرب في القرن التاسع عشر، إلاّ أن هذا المفهوم يُعتبر المفهوم الأقرب إلى جوانب الفعالية الموصوفة وضعيّاً من قبل هذه العلوم.

على أنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن الجوانب التقنية للطاقوية تحتلّ مركز الصدارة في الطب بصفته علماً تطبيقيّاً، لذلك يُعطى لكل جانب طاقوي ملاحظ مفهوم خاص به:

qi = طاقة متمظهرة بشكلٍ فاعل في اتّجاه معين، أي أنها محدّدة كيفيّاً.

jing = الطاقة البنائية الكامنة، أي الشكل من الطاقة الذي يُعتبر أو يُسلَّم به كحامل مادّي للطاقة، جاهز للبناء بشكل خاص وغنيّ بطاقات كامنة حيوية متنوّعة.

xue = الطاقة البنائية النوعية فرديّاً، أي قبل كل شيء تلك العصارات، بما فيها الدم، التي تضمن الاستعداد البنائي لفردٍ ما، وتحافظ عليه وتكون في الوقت نفسه مميّزة للفرد في كيفيّتها النوعية تماماً.

Ying = طاقة البناء، qi constructivum، وهي أساساً تسمية موازية لـ xue، للظاهرة ذاتها، حيث يحتلّ مركز الصدارة هنا حدوث بناء، تعيُّن، تجسُّم، وذلك بتمثُّل المؤثِّرات الخارجية في الفرد، وبالتالي بناء الفرد وتوطيده.

wei = طاقة الدفاع، وهي تسمية لتلك الأعمال الطاقوية الفاعلة على سطح الجسم التي تقوم بصدّ العوامل والمؤثِّرات الخارجية المحرفة، أي المخلّة بالاستقامة.

shen = الطاقة المكوكبة، وتصف ذلك التمظهر للطاقة الفاعلة الذي يتم من خلاله حثّ سائر كيفيات فردٍ معين تماماً والمحافظة عليها متماسكة ومتلاصقة. غير أن shen تحتاج، من أجل تمظهرها، إلى المكوِّنة البنائية الكامنة – لذلك تتردّد كثيراً في الأدب عبارة jingshen التي يمكن شرحها بأنها «الفردية المتمظهرة وضعيّاً وعينيّاً».

المطابقات، نظام المطابقة: في حين أنه في العلم التحليلي – السببي القائم على مرجعية الإدراك الواعي للماضي، لا يمكن تعريف سوى المطابقات الكمية وحدها بدقّة، ولذلك ينشأ تناقض واسع بينها وبين الخبرة الحسّية المباشرة (على سبيل المثال يكون لكل من البابا في الفاتيكان ولزوجتك ولكيس من القمح الوزن نفسه، فهي تتطابق كميّاً مع بعضها بعضاً – الأمر الذي لا أهمية كبيرة له عادة بالنسبة للتوصيف المألوف لهذه الظواهر الثلاثة)، فإن الحال مختلف في العلم التركيبي – الاستقرائي الذي يركِّز الوعي على الإدراك والمعرفة الوضعيين للتأثير الحاضر: فهنا تتقارب الخبرة الحسّية المباشرة والمقولة الوضعية الدقيقة فيما يختصّ باتّجاه حركةٍ ما، وتقعان جنباً إلى جنب. ولهذا السبب من المناسب الكلام عن مطابقات عندما يتم إثبات وجود اتّجاهات حركية وكيفيات متماثلة، إلفة واتّفاق بين ظواهر مختلفة. على سبيل المثال يتحدّد كيفيّاً كل من الصباح، الربيع، الدارة الكبدية، الريح... جميعها بطور التحوّل – الخشب، بوصفه فاعلية في كمونيتها القصوى. وعندما يُلاحظ توافق زمني، تزامن في بروز اثنتين أو أكثر من هذه الظواهر، يمكن فهم تماثل اتّجاه الفعالية، أي الكيفية، على أنه مطابقة – كما هي الحال تماماً بين وسائط النقل المختلفة التي تصل المدينتين آ و ب مع بعضها بعضاً بشكل متزامن.

الأرض: تسمية تقليدية متعارف عليها لطور التحوّل المركزي.

الإفراطات المناخية: (Yin – كلمة ورمز لغوي يختلف عنه في الثنائية القطبية Yin وYang أو عن ذلك المترجم بـ «عال مرضي») ويُقصد بها العوامل الخارجية، أي الظواهر الجوية التي تظهر إما بشدّة هائلة («إفراط») أو في غير وقتها.

الرطوبة (humor): بالصينية: shi، وهي إفراط مناخي يتحدَّد كيفيّاً بطور التحوّل – الأرض وينسحب على الدارتين الطحالية والمعدية.

النار: طور تحوّل متعارف عليه لوصف الفاعليات في راهنيّتها القصوى.

اللحم: باللاتينية: caro، وبالصينية: rou، ويطابق التمثيل الكامل (perfectio) للدارة الطحالية. ويُقصد به تلك المكوّنات الجسدية التي تعطي الهيئة أو القوام الخارجي لفردٍ ما – «بدانة» أو «نحول». ولا بد من التمييز بوضوح بين هذا المفهوم المعرف بدقّة وبين الـnervus.

الثقبة (foramen): بالصينية: xue، مصطلح غالباً ما يُشرح بالتعبير الحديث: «نقطة تنبيه»، ويصف، سواء باللاتينية أم بالصينية، «فتحةً» و«تجويفاً» في الوقت نفسه. وفي علم الثقوب الصيني (Foraminologie) تفهم هذه النقاط الواقعة على سطح الجسم على أنها فتحات يمكن للطاقة أن تمرّ عبرها بسهولة خاصّة. ولكن المفهوم يشير في الوقت نفسه إلى ما تُعلّمه الخبرة، وهو أن الكثير من الثقوب تقع في تجاويف يمكن جسّها.

علم الثقوب: (Foraminologie): وهو مبحث نقاط التنبيه الذي جرى تطويره كتنظيمٍ للمعطيات التجريبية حول نقاط التنبيه الواقعة على سطح الجسم. ويُعتبر علم الثقوب أحد الأركان النظرية للوخز بالإبر.

أطوار التحوّل الخمسة: وهي مطابقة للتعبير الصيني: wuxing، واللاتيني: quinque transvectus، والذي يوصِّف الاتّجاهات القطبية لدورةٍ ما والتجانس المحايد لمركزها.

الوظيفة: (funktion): وهي التسمية العامّة للتأثير المدرك وضعيّاً في الحاضر. ولا يمكن إدراك مثل هذا التأثير، بالتعريف، إلاّ كحركة أو في الحركة، ككبح حركة، تسريع حركة، تغيير اتّجاه حركة.

الدائرة الوظيفية: وهي التعبير الوصفي للمصطلح الفني: دارة (Orbis)، طبقاً للمفهوم الصيني zang أو بالأحرى zangfu (انظر الكلمة «دارة»).

الاضطرابات الوظيفية: لأسبابٍ نظرية – معرفية مبدئية، بمقدور الطب الصيني والتشخيص الصيني تسجيل وتعريف الاضطرابات الوظيفية وضعيّاً وبصورة مباشرة، في حين أن الطب التحليلي – السببي، وإن كان بإمكانه وصف الاضطرابات الوظيفية تجريبيّاً، إلاّ أنه لا يدركها وضعيّاً وبوضوح عقلاني إلاّ بعد أن تتراكم محتشدةً في الماضي، وبتعبيرٍ آخر، بعد أن تكون قد تعيّنت في تغيّر جسدي، تجسمت في أضرارٍ جسدية.

الاختبار الوظيفي على الإنسان: وهو الكشف الوضعي والتوثيق الصريح لكافة التبدّلات الوظيفية التي من شأن دواء معيّن إحداثها عند الإنسان. ويقوم هذا الاختبار على تقنياتٍ تشخيصية تم تطويرها في الطب الصيني التركيبي – الاستقرائي.

الحاضر، الحضور: ويصفان ذلك الجانب من الحقيقة الذي نقبل على ضوئه أن هذه الأخيرة موجودة معنا في الوقت نفسه. كافة الوظائف، سائر الحركات، وضعية في الحاضر فقط أو تُعرّف كحاضر فقط.

المذاق أو الاتّجاه الذوقي (sapor): إن المصطلح الفني sapor، شأنه شأن المفهوم الصيني المطابق له: wei، ليس معنى «المذاق» أو «الاتّجاه الذوقي» وحسب، وإنما يصف أيضاً أطعمةً أو أدويةً ذات مذاق أو اتّجاه ذوقي معيّن. وبتعبير آخر: تكمن في المفهوم مكوِّنة مادّية. وتعتبر الكيفية الذوقية قسماً مهمّاً من التعريف المعياري لمجال تأثير أو فعالية أيّ دواء.

الصحّة (حسب روح الطب الصيني): تُعرَّف «الصحّة» حسب علم الطب الصيني بأنها استقامة (Orthopathie) سليمة (انظر هذه الكلمة).

الجلد: وهو التمثيل الكامل (perfectio) للدارة الرئوية، وفي الوقت نفسه خط الدفاع الأكثر سطحية ضدّ المنبّهات الخارجية المشوشة، الإفراطات المناخية.

تسلسل الإنتاج: sequentia efficiens، وبالصينية: xiangshengxu، ويعرِّف ذلك التعاقب في كيفيّات الدورة الذي يتجلّى فيه التحريض الفاعل المتبادل للتأثيرات.

القلب: من الطبيعي أنه يوجد في اللغة الصينية الدارجة ترجمة لكلمتنا: «القلب»، وهي xin، بيد أنه لا يمكن استخدام هذين المفهومين كمطابقة دقيقة إلاّ عندما توصف بهما أحشاء ذبيحةٍ ما – قلب بقرة، قلب دجاجة.

كمصطلحٍ فني مترجم بـ «الدارة القلبية» حصراً، يكشف xin عن مركب من الوظائف التي لا تتّفق سوى في جزئها الأصغر، وبالمصادفة، مع تلك التي ينسبها الطب الغربي الحديث لعضلة القلب.

وكتعبير أكثر شمولاً إلى حدّ ما، ومستخدم في الطب الصيني وفي العلوم الأخرى، يطابق xin إما «مركز» (zentrum) أو «فردية متمركزة»، ومن هنا يجب ترجمته أو شرحه غالباً بعبارة «الوعي» أو «محتويات الوعي».

الانحراف (Heteropathie): بالصينية: xie، ومعناها الحرفي «السير المنحرف»، وتصف مقادير منفصلة من الطاقة، تؤدّي إلى اضطرابات صحّية.

الخشب: طور تحوّل متعارف عليه، يصف الفاعلية في كمونيّتها القصوى.

Hsüeh: نقل قديم بالأحرف اللاتينية، حسب نظام Wade–Giles، للكلمة الصينية: xue: «الطاقة البنائية النوعية فردياً».

التخطيط الأيقوني (Ikonographie): تأثيرات حاضرة، الحاضر يلجُ وعينا وندركه ليس في مفاهيم تحليلية مجرّدة، وإنما في صورٍ مركَّبة. وكذلك الطب يتعاطى مع حدثيات مركَّبة، بقدر ما يهتمّ بظواهر حاضرة، أي وظيفية، بمظاهر حيوية. ومن هنا قد يكون من الصواب تسجيل وفهم ما هو متلازم، ويتبع بعضه بعضاً، في «صورةٍ» واحدة، «أيقونة» واحدة، باللاتينية eikon، بالصينية: xiang. وهكذا فليس فقط مجموع الظواهر المكوِّنة لدائرة وظيفية ما يوصف بأنه «مخطط أيقوني للدارة» (Orbisikonogramm)، بأنه «تمظهر وظائفها» بالصينية: zangxiang، ففي تشخيص النبض أيضاً يتكلّم المرء بصراحة عن «مخطط أيقوني» للنبض: moxiang.

الاستنفاد (inanitas): نقص الطاقة، عوز الطاقة، العجز الطاقوي في الاستقامة.

التحريض أو الحثّ (Induktion): قياساً على المفهوم الصيني gan أو بالأحرى ganying، نستخدم الكلمات «Induktion»، «induktiv»، «Induktivität» دوماً وحصراً في ذلك المعنى الذي عُمِل به منذ نهاية القرن التاسع عشر في الديناميكا الكهربائية الغربية: فالتحريض أو الحثّ يعني التأثير المتبادل بين عاملين مُعطيين في الوقت نفسه.

طريقة المعرفة التركيبية – الاستقرائية: إن تركيز الوعي على تأثيراتٍ حاضرة يعني وضع هذه التأثيرات جنباً إلى جنب بصورةٍ متزامنة («تركيب»)، والتسليم في الوقت نفسه بتأثيرها المتبادل (انظر أيضاً الكلمة «طريقة المعرفة التحليلية – السببية»).

المحثّات (Induktorium): وهي الثقوب «الحاثة» المسماة بهذا الاسم (shu أو shuxue) والواقعة إما على الظهر أو على الأطراف.

الدارة الداخلية: تسمية لذلك الجزء من الزوج الوظيفي، والذي يُفهم ويوصف بأنه داخل (intima، بالصينية: li)، بأنه المكوِّن البنائية، وبالتالي بأنه قاعدة نوعاً ما للوظيفة الإجمالية (انظر أيضاً «الدارة الخارجية»).

الداخل (intima): يشير هذا المصطلح، كمطابقة للمصطلح الصيني li، إما إلى «دارة داخلية» ما (انظر هذه الكلمة) أو، بصورةٍ أشمل، إلى الحدثيات الجارية في أعماق الفرد أو الجسم.

طب Kampo الياباني: يعني المفهوم الياباني «Kampo» حرفيّاً «الوصفات الصينية». بعد أن أخذ اليابانيون من الصين، وخصوصاً منذ القرن السابع، مع علوم أخرى، نظامهم الطبي أيضاً إلى حدّ بعيد، تم استحداث هذه التسمية بدايةً كعبير عن الطب الصيني العلمي – بخلاف الطب الشعبي المحلي–. وفي القرن العشرين شهد هذا الطب، مع التقنيات التقليدية، نهضةً جديدة موافقة. وهو غالباً ما يصف، بمعناه الدقيق في اليابان، تراث المعالجة الدوائية ذاك الذي يستند إلى Zhang Zhongjing وكتابه Shanghanlun.

طريقة المعرفة التحليلية – السببية: إذا تركّز الانتباه الواعي على الحدث الماضي، فإن هذا يعني سلخ الوعي عمّا هو حاضر وتوجيه الانتباه إلى العوامل (causae، «الأسباب») السابقة للحاضر سببيّاً. ويُدعى الموقف المعرفي الموافق بطريقة المعرفة التحليلية – السببية.

المناخ (Klima): من حيث أن المناخ المميّز لمكان ما وتبدّلاته تمارس تأثيرها دوماً، وبصورةٍ متواصلة، على كل إنسان، فهي تُؤخذ بعين الاعتبار بكل صراحة، وعلى نحو معرَّف تقليديّاً، في التشخيص والمعالجة.

العظام: تُعتبر العظام والأسنان التمثيل الكامل (perfectio) للدارة الكلوية.

الطاقة المكوكبة: تعبير يشرح المصطلح الصيني shen (انظر «الطاقوية»).
Kontravektion، kontravehent: تطابق الكلمة Kontravektion، بالصينية: ni، حركةً في المغزى المضاد، وkontravehent تعني «متحرّكاً في المغزى المضاد» أو «محرّكاً في المغزى المضاد». والتعبير نموذجي ولا غنى عنه من أجل وصف الحدثيات الدينامية المركبة التي هي موضوع الطب ذي التوجّه الوظيفي.

الوخز بالإبر الجسمي: تسمية تكرّست مؤخّراً في الأدب الطبي الغربي لتمييز الوخز بالإبر الكلاسيكي الذي يتعاطى مع نقاط تنبيه على كامل الجسم، عمّا استجد من تطوّرات وأساليب خاصّة حديثة، وفي بعض منها غير صينية، تقتصر على وخز أجزاء أو مناطق مفردة من الجسم، مثل الأذن، الرأس، الفم...

المرض: يتّصف المرض، حسب الطب الصيني، إما بضعف الاستقامة أو بوجود انحرافات (انظر هذه الكلمة).

طرق التوصيل: المقابل الألماني للتسمية العامّة «الشرايين الصينية» وبالصينية: jingmo. وتبعاً لنظرية الطب الصينية، تدور فيها الأشكال المختلفة للطاقة (انظر «الطاقوية»)، باستثناء طاقة الدفاع. تُعتبر طرق التوصيل وصلات ذهنية (أي ليست مادّية، ولكنها أيضاً ليست وهمية!) بين سائر النقاط التي تسمح بالتعرّف على ترابط وظيفي بين الدارات. إنها طرق تحدث فيها حركات، بشكلٍ لا يختلف عن خطوط القوّة لـ «حقلٍ» مغناطيسي أو عن طريق كوكب سيّار ما. لا خطوط القوّة ولا طرق الكوكب السيّار يمكن فهمهما كتعيُّن أو تجسُّد مادّي، ولكن لا شك أن المادّة التي تدخل فيها في أوقات معيّنة تتعرّض لقوى دينامية. وإذا كانت قد جرت منذ بعض الوقت أبحاث في بلدان مختلفة، وما زالت تجري في بعضٍ منها، بناء على عروض غير متخصّصة للطب الصيني، وهدفها إثبات الركيزة، أي الأساس التشريحي لطرق التوصيل، فإنه بإمكاننا التأكيد بكل وضوح وصراحة أن الأمر في هذه الأبحاث لا يتعلّق بالبرهان على نظرية صينية، وإنما بمحاولة التحقّق من فرضيات لا علاقة بالنظريات الصينية على الإطلاق.

المعايير الرئيسة: المعيار الرئيس عبارة عن مطابقة للمصطلح الصيني gang، ويصف واحدة من ثماني قيم عرفية معرَّفة بدقّة، وتمكِّن، قبل كل شيء في التشخيص، من الربط المقنع بين الأغراض الملاحظة والعوامل المرضيّة المفترضة.

المقاس: هو ذلك الجانب الذي يسمح بتقسيم وتمييز التأثيرات الماضية تبعاً له. ويشترط المقاس الكمية أو الوفرة، أي تراكم التأثير في الماضي (وبالمقابل فإن الحاضر أو التأثير الحاضر لا يتراكم، وإنما يتكشَّف، أي أنه لا يمتلك أيّة كمية ويتملّص من القياس الوضعي).

«خط الطول» (Meridian): تسمية نجدها في الأدب الأكثر قدماً أو في الأدب البرغماتي حول الوخز بالإبر، وجزئيّاً حتّى اليوم أيضاً، وذلك للتعبير الصيني jingmo «طريق التوصيل» – دون تفريق بين ضروبه المختلفة (انظر الكلمة «طريق التوصيل»).

القياس: قابلية القياس: القياس شرط للتقسيم الدقيق للتأثيرات الماضية، للمادّة، للركيزة، وعلى العكس، تقتصر قابلية القياس (انظر الكلمة «مقاس») على التأثير الماضي وضعيّاً.

التسخين النقطي (moxibustion): عبارة عن حرق مخاريط صغيرة من عشبة حبق الراعي (Artemisia) على أو فوق ثقوب معيّنة.

المعدن (Metall): طور تحوّل لتوصيف البنائية في كمونيّتها القصوى.

التسكين بوخز الإبر: وهو الترجمة الدقيقة للعبارة الصينية masui Zhenci التي تصف تقنية مساعدة للجراحة (الغربية!) الحديثة، لم يجر تطويرها إلاّ منذ ستينيات القرن الماضي في الصين.

التأثيرات الجانبية (للأدوية): في حين يصف الطب الغربي في الكثير من المواد الدوائية المستخدمة لعلاج الأمراض تأثيراتٍ جانبية، أو يخمّنها أو يخشى منها، فإن هذا المفهوم، انطلاقاً من آفاق الطب العلمي الصيني، عديم المحتوى، ولا وجود له أصلاً. فالتشخيص الصيني يسجِّل كافة التأثيرات التي لها دلالة بيولوجية بشكلٍ ما، مسبقاً في تكشّفها الراهن، أي قبل أن تتمكّن من التراكم زمنيّاً لتقود بذلك إلى تبدّلات جسدية. وبناءً على مثل هذه الإمكانات المعرفية يمكن أيضاً معاوضة أو تعديل التأثيرات الراهنة غير المرغوبة بشكلٍ مناسب وعلى الفور – وبالتالي يتم، من حيث المبدأ، منع كل ما يمكن أن يدخل في الاعتبار كـ «تأثيرٍ جانبي» غير مرغوب فيه.

الأعصاب: لعدم وجود التشريح لا يُعثر في نظرية الطب الصينية على مقولات بيّنة وصريحة حول الأعصاب أو الجملة العصبية. ولكن لا شك في أنه يمكن إدراج وظائف هذه الجملة في إطار الدرة الكلوية ككلّ، الأمر الذي يتّضح من خلال المسلَّمات المتمِّمة اللاحقة مثل الدارتين الفرعيتين الدماغية والنخاعية.

nervus: المصطلح اللاتيني الكلاسيكي nervus يطابق بصورةٍ دقيقة المفهوم التخصّصي الصيني jin الذي يصف كافة عناصر الدافع في الجهاز الحركي، أي العضلات والأوتار. وهو يُعتبر التمثيل الكامل (perfectio) للدارة الكبدية، وبالتالي فهو يتعلّق في كفاءته بمدى استقامة هذه الدارة.

الطرق الشبكية (retikulares): بالصينية luo، وتصف مجموعة طرق التوصيل المتفرّعة عن طرق التوصيل الرئيسة، والتي تشبك طرق التوصيل الرئيسة، فيما بينها. لا تملك الطرق الشبكية عادةً نقاط تنبيه خاصّة بها، وإنما تشترك بها مع طرق التوصيل الرئيسة (cardinales).

طرق التوصيل العضلية (nervocardinales): مجموعة من طرق التوصيل الواقعة على سطح الجسم والتي لها صلة وثيقة خاصّة بالجهاز الحركي وعناصره (انظر الكلمة «nervus»)، ولذلك يُستحسن معالجة «تشكّلاتها العقدية» في الآلام العضلية بالمعنى الأوسع.

المعايير العرفية: لا يمكن في أيّ علم صياغة معطيات المعرفة بصورةٍ مُلزمة عامّة وإبلاغها بصورةٍ واضحة وصريحة إلاّ عندما يُعبَّر عنها بالاستناد إلى معايير عرفية (= معايير متعارف أو مصطلح عليها). إن علماً قياسياً (أي يقوم بالقياس)، مثل العلم التحليلي – السببي الغربي، لهو بحاجة إلى معايير عرفية كمية، مثلما نجدها في النظام المتري على سبيل المثال. أما العلم المقيّم، المحدِّد للاتّجاهات، مثل الطب الصيني التركيبي – الاستقرائي، فيحتاج إلى معايير عرفية كيفية، مثلما عرفناها على شكل Yin وYang، أطوار التحوّل الخمسة، المعايير الرئيسة للتشخيص.

الموضوعية (Objektivität): مفهوم مميّز للفكر الغربي والعلم الغربي، والحق أن لا صلة مباشرة له، بخلاف الاعتقاد الشائع، بالطابع الوضعي لمعطيات المعرفة، بقابليتها للاختبار والتحقّق منها وبقابليتها لإعادة الإنتاج.

الوخز بالإبر الأذني: مفهوم تكرّس في الأدب المتخصِّص والعام لوصف تقنية المعالجة الأذنية (Aurikulotherapie) (انظر هذه الكلمة).

الدارة (Orbis): مصطلح فني مقابل للمفهوم الصيني zang أو zangfu.

الاستقامة (Orthopathie): بالصينية: zheng، وتعني «السير القويم» لوظيفة حياتية مفردة أو لمجمل الوظائف الحياتية لدى فرد ما. والنقيض هو: الانحراف (Heteropathie).

التخطيط الأيقوني للدارات (Orbisikonographie): تعبير دقيق على منوال التعبير الصيني Zangxiang، ويصف مبحث أشكال وأساليب التظاهر المميّزة للدوائر الوظيفية.

العضو (Organ): بالصينية: guan، ولا يصف في سياق الطب الصيني، بخلاف الطب الغربي، سوى عضو الحسّ فقط دون غيره، كالعين أو اللّسان الحامل لحسّ الذوق. وبغياب التشريح لا يمكن إضفاء أيّ مدلول آخر على المفهوم.

الدارات الفرعية (paraorbes): عدد من الدوائر الوظيفية المتمِّمة والمعرَّفة في منظومة التخطيط الأيقوني للدارات، وذلك مراعاةً لمعطيات تجريبية مهمّة – ويدخل في عدادها قبل كل شيء الدارات الفرعية لـ «الدماغ»، «النخاع»، «الرحم» و«المرارة».

التمثيل الكامل (Perfectio): بالصينية: chong، وهو مصطلح فنّي يصف «التمثيل الكامل» للدارة، وبتعبيرٍ آخر وظيفة الدارة الموافقة المنمذجة للشخصية في جوقة الدوائر الوظيفية جميعها.

الشخصية: يصف التعبير الصيني shen (وهو كلمة أخرى غير shen المشروحة بـ «الطاقة المكوكبة») مجموع الظواهر التي ننعتها بـ «الشخصية». فالفصل بين الروح والجسد، بين العقل والمادّة، كان غريباً عن المفكّرين الصينيين في كل الأزمنة، وبالتالي غريباً عن العلوم الصينية أيضاً. من هنا، وعندما توقظ الروض الغربية أو الصينية حديثة الانطباع بأن معالجة معيّنة تقتصر على أعراض جسدية أو نفسية فقط دون غيرها، فإن ذلك يكمن في النقل أو الأداء اللغوي القاصر للأفكار الصينية – ولا يوافق مفاهيم وتصوّرات الطب الصيني.

طاقوية الأطوار: تسمية عامّة لفرعٍ من الطب الصيني يُرجَّح أنه لم يتبلور إلاّ في القرن السابع بعد الميلاد، ويهتم منهجيّاً بالعلاقات بين الدورات الكونية والطقس من جهة، وبين المناعة (Immunologie) من جهة أخرى.

الروح أو النفس (Pneuma): تعبير مستخدم في بعض الأحيان في الكتابات الأوروبية القديمة حول الطب الصيني، وذلك كترجمة للمفهوم الصيني qi، ويُعتبر استعماله غير ملائم، ذلك أن Pneuma تنحدر من سياقٍ فلسفي يختلف كلّيّاً عن سياق مفهوم qi.

القطبية (Polarität): بالصينية: Yinyang، وتصف تنافر جانبين لتأثيرٍ واحد، ينفيان ويكمّلان بعضهما بعضاً في الوقت نفسه، ويعتمدان على بعضهما بعضاً ويستلزمان بعضهما بعضاً بشكل متبادل.

الكمونية، الكامن، الطاقة الكامنة: الكمونية (Potentialität) هي جانب التأثير الذي لا يتكشَّف في الحاضر، وإنما المتراكم في الماضي. كل مادّة، كل ركيزة هي تأثير كامن أو كموني، هي كمون أو طاقة كامنة (Potential).

والطب الصيني أيضاً يعرف تصوّر الكمون أو الطاقة الكامنة، في مفاهيم مثل jing، «الطاقة البنائية الكامنة» أو أيضاً Ying، «طاقة البناء». يَفترض مفهوم «الطاقة الكامنة» (Potential) أن إمكاناته لا يمكن أن تغدو راهنة فعلية إلاّ جزئيّاً، لذلك لا يمكن أبداً صنع مقولة مفصَّلة ووافية حول مجمل التأثيرات المتجمعة في طاقةٍ كامنةٍ ما، انطلاقاً من الموقع المرجعي ذاته.

الإنذار (Prognose): الطب الصيني أيضاً قادر في كلّ مرّة تتشابك فيها معطيات الملاحظة التجريبية عقلانيّاً بصورة مُقنعة، على الإدلاء بأقوال حول الإنذار ذات احتمال عال جدّاً وعلى حدود الثقة غالباً. ومن البديهي أن هذه المقولات تنسحب بدئيّاً على الوظائف دوماً – طبقاً لطريقة المعرفة التركيبية – الاستقرائية التي يقوم عليها الطب الصيني – أي على حدثيات حيوية، وبصورة غير مباشرة فقط على الركيزة الحاملة لهذه الوظائف الحيوية.

الحياء الكاذب: صحيح أن الثقافة الصينية إجمالاً وكافة ممثِّليها في سائر العصور يُبدون تحفّظاً في التصوير المباشر للجسد أو تعريته، أشدّ بكثير مقارنة مع الثقافة الغربية وممثِّليها، على أن هذا التحفّظ لم يُعق الصينيين أبداً عن اكتساب المعارف الوضعية حول كافة الوظائف الحيوية المهمّة، ونادراً جدّاً ما أعاقهم عن معالجة اضطرابات هذه الوظائف. أما القول إن تشخيص النبض

حظي بالأهمية بشكلٍ أساسي بناءً على الحياء المسيطر، فهو ببساطة ليس سوى خرافة نشرها في القرن التاسع عشر مراسلون سطحيون في تقاريرهم حول ممارسة الطب الصيني.

Qi: المفهوم الأكثر أهمية، والعام نسبيّاً في الوقت نفسه، للطاقة الفاعلة المتكثِّفة في اتّجاه محدّد (انظر أيضاً «الطاقوية»).

الكيفية، التوصيف: إن معيار التمييز الوضعي الوحيد للحدث الراهن، للحركة، هو الاتّجاه. والمفهوم المرادف لـ «الاتّجاه»، بالنظر إلى المنهجية العلمية، هو «الكيفية» (Qualität). ويُدعى تحديد الكيفية أو الاتّجاه بـ «التوصيف» (Qualifikation) أو «التقييم».

النبض الكعبري (Radialispuls): مع أن التشخيص الصيني يعرف عدداً كبيراً من أماكن النبض في الجسم ويجسّها إذا لزم الأمر، فإن أكبر دلالة وأهمية تشخيصية تُعزى للمواقع (situs) التي تتكون من مرور الشريان الكعبري عند رأس عظم الكعبرة (النتوء الإبري الكعبري).

ردّ الفعل أو الارتكاس (reaktion): عبارة عن فعل معكوس، فعل مردود، أي هو نفسه، على الدوام، فعل. ولا يجوز الخلط بينه وبين البناء.

الامتلاء (repletio): اشتداد طاقوي، فيض، احتلال طاقوي من قبل انحراف ما.

الاتّجاه: يُعتبر مفهوم «الاتّجاه» المقابل النظري – المعرفي لـ «المقاس»، ومن حيث ذلك، فهو معيار التمييز الوضعي الوحيد للتأثيرات المعطاة في وقتٍ واحد (انظر «الكيفية» و«التقييم» ...إلخ).

الألم: صحيح أن الطبين الصيني – والغربي يُجمعان على أن الألم لا يمثِّل سوى مجرّد عرض، وليس المرض نفسه، إلاّ أن النظامين يبتعدان عن بعضهما بعضاً في سلوكهما العملي حيال الألم. ففي حين أن الطب الغربي كثيراً ما يؤيّد التخفيف أو القمع العرضي للألم، ويقوم به، ذلك أن في الكثير من الحالات لا يستطيع إدراك أسباب الألم، نجد أن الطب الصيني عمليّاً، وإذا طبِّق بصورةٍ صحيحة، قادر على الدوام على تحديد، إن لم يكن أسباب الاضطراب المطلق للألم – والتي تقع طبعاً خارج مجال رؤيته مبدئيّاً – ولكن بالتأكيد العوامل المرضيّة المفضية إلى المعايشة

الألمية، ومن ثم التأثير فيها بشكلٍ مباشر. والمعالجة المتمخضة عن ذلك ليست، إذن، معالجة عرضية، وإنما هي تصحيح لموجودٍ مرضيّ أكثر شمولاً.

قويم الاتّجاه، الاتّجاه القويم: بالصينية shun، ويشير إلى صورة ورقة منجرفة على مجرى مائي، أي أنها تصف بدقّة حركةً مع اتّجاه التيار العام. ومن هنا فإن «قويم الاتّجاه» (Sekundovehent) أو بالأحرى «الاتّجاه القويم» (Sekundovektion). قد تعني، حسب السياق، حركةً بمعنى الاستقامة (Orthopathie) أو في اتّجاه إعادة بناء الاستقامة أو في سياقٍ كوني أوسع طبقاً لحالة الطقس النموذجية للفصل من السنة أو النموذجية للمناخ المحلي.

الجنسية (Sexualität): تقوم الجنسية في إطار نظرية الطب الصينية بدئيّاً على الدارة الكلوية، فهي إذن تتعلّق بالاحتياطيات المعطاة هناك بنيويّاً. ولما كانت الدارة الكلوية، بحسب نظرية الطب هذه، موطن البنية الخلقية والجهة المختصّة بكمون الطاقة، فإن الصحّة الجنسية الصينية تستمد تعليلها بصورة أساسية من واقع وجوب الاقتصاد بهذه الإمكانات التي لا تتجدَّد إلاّ بصعوبة، أو لا تتجدَّد إطلاقاً.

من الناحية الباتولوجية تصنَّف الإفراطات الجنسية – شأنها شأن الإفراط بالطعام والولع بالشراب أيضاً – خارج إطار التصنيف الساري على كافة الاضطرابات الأخرى تقريباً، على أنها عوامل ممرضة «حيادية» أي لا هي ذات منشأ داخلي ولا ذات منشأ خارجي.

الشرايين الصينية، علم الشرايين الصينية (Sinarteriologie): تعديلان لغويان تخصّصيان للكلمة اللاتينية المستحدثة Sinarteria، طبقاً للمصطلح الصيني jingmo وjingluo أيضاً. تصف كلمة arteria، باللاتينية الكلاسيكية والقروسطية، «عرقاً نابضاً»، «شرياناً» مما يعبِّر عن أمرين اثنين في آن معاً، أولاً مسلَّمة «التوصيل» أو «طريق التوصيل»، وثانياً الحركة المستمرّة لطريق التوصيل هذا. وبعد أن أضفى طب العصر الحديث على مفهوم «الشريان» معنى أضيق وأدق بكثير، تم تقديم السابقة – sin لضمان تجنّب الخلط.

الشرايين الصينية هي التسمية الأكثر عموميةً لطرق التوصيل المسلَّم بها من قبل الطب الصيني. ولا يُفصح المفهوم عن شيء فيما يختصّ بأشكال الطاقة التي يُخمَّن وجودها في طرق التوصيل كل على حدة (انظر «الطاقوية»). وعلى كل حال فإن اعتبار محتوى الشرايين الصينية أو

حتّى تعريفه بأنه «دم» – والعزو إلى الصينيين، تبعاً لذلك، اكتشاف الدورة الدموية لـ «هارفي» – هو اعتقاد غير مشروع ولا يؤيّده أيّ مصدرٍ صيني كلاسيكي (انظر أيضاً «طرق التوصيل الرئيسة» «الطرق الشبكية»).

الاختبار البدني على الإنسان: قسم من الاختبار الدوائي من النوع الجديد يشترط إلزاماً إجراء اختبار وظيفي على الإنسان. وفي ظلّ هذا الشرط فقط يمكن ضمان تحاشي ظهور التأثيرات الجانبية غير المحسوبة أو حتّى الأضرار غير المتوقَّعة.

الخارج (Species): بالصينية biao، ويصف حرفيّاً الوجه الخارجي (لقطعة من الملابس)، وكمصطلح فنّي بالمعنى الحصري يصف إما: آ – دارة خارجية أو ب – طرق التوصيل التي تمثِّل الدوائر الوظيفية تجاه الخارج وتسير على الجلد. وبالمعنى الأوسع يعبِّر «الخارج» عن «السطح» الوظيفي – بعكس «عمق» (intima) الشخصية.

دارة التخزين: مطابقة غير معيارية للمصطلح الفنّي اللاتيني: Orbis horrealis وللمصطلح الصيني: zang.

بناء، بنائي، بنائية (Struktion, Struktiv, Struktivität): من اللاتينية: struere = «يبني»، «يجسِّد عينيّاً»، وتصف في المعرفة التركيبية – الاستقرائية للتأثيرات تكملة أو تتمّة فعل ما: في حين أن الفعل (aktion)، الفاعلية (aktivität) تلغي ما هو قائم، وبالتالي فهي، بالمطلق، غير قابلة للإدراك، غير قابلة للتعريف، فإن البناء (struktion) يطابق من ناحية أولى المقاومة الموجودة على صورة تأثيرات ماضية ضدّ الفعل الحاضر، وفي الوقت نفسه يطابق ما يتمثل تأثير الفعل، يستوعبه ويثبته، وبالتالي يجسّده مادّيّاً وعينيّاً (ذلك هو أيضاً الترجمة الملائمة الشاملة الوحيدة للمفهوم الصيني Yin، الذي تُعتبر كل «ترجماته» أو «مطابقاته» الأخرى المصادفة أحياناً – مثل «انفعال أو شغف»، «ردّ فعل أو ارتكاس» – ليس فقط قاصرة، وإنما مضلِّلة بالمطلق.

الذاتية (subjektivitat): مفهوم في الفلسفة ونظرية المعرفة الغربيتين. وهو لا يلعب في الفلسفة الصينية أيّ دور بارز، أما في الطب الصيني فلا يلعب أيّ دور على الإطلاق، ذلك أن المرء كان دوماً على بينة من أن غالبية المعطيات ذات الصلة طبياً لا يمكن بدئيّاً أو مبدئيّاً إدراكها واكتسابها إلاّ ذاتيّاً (فالخبرة الوضعية الموثوقة لا تمتلك سبيلاً إلى الإحساسات الألمية، الأحلام،

المشاعر، الميول، الرغبات، إلاّ عن طريق ذات إنسانية فقط. أما محاولة بعض فروع العلم الغربي الجديدة «موضعتها» عن طريق مقارنات أو أسئلة إحصائية هادفة، فتصطدم بالقواعد الأساسية لكلّ معرفة: فالحجّة القائلة إن ألماً معيّناً يغدو، عن طريق المقارنات الإحصائية مع خبرات الذوات الأخرى، أكثر ترجيحاً، ومن هنا يكون «أكثر وضعية» أو حتّى «موضوعيّاً»، إن هي إلاّ حجّة لا صلة لها بالحالة الفردية الملموسة، ولا أهمية لها بالنسبة للمعالجة). ولا يمكن موضعة الخبرات والمعايشات الذاتية إلاّ بصورةٍ غير مباشرة ومشروطة، وذلك عندما تؤيّد خبرة مؤكّدة على مدى مئات، بل آلاف السنين، الارتباط بين انطباعاتٍ مثل القلق، الحزن... (انظر «الانفعالات») وبين الأعراض الموضوعية الصريحة مثل مخططات النبض الأيقونية الموافقة. وهذا هو واقع الحال في الطب الصيني على نطاق لا يُستهان به، ومن غير الاضطرار، من أجل ذلك، إلى التسليم للتمييز بين الذات والموضوع بقيمة مساعدة أو سريرية ما.

الركيزة (substrat): من اللاتينية: substernere، «يفرش تحت الشيء»، وتصف الحامل (المادّي) لوظيفة ما.

تواقيت اليوم: من البديهي أن طباً موجّهاً بدئيّاً إلى ملاحظة المجريات الحاضرة والتأثير فيها، مثل الطب الصيني، يعرف مؤثرات تواقيت اليوم على الوظائف الحيوية، الطبيعية والمضطربة – ويدخلها في حسابه (انظر أيضاً «التخطيط الأيقوني للدارات).

المجال الحراري الثلاثي (tricalorium) بالصينية sanjiao، ويصف منذ بداية التاريخ الميلادي تقريباً دارةً خاصّة كمقابل للدارة التأمورية. والواقع أنه نشأت حتّى في الصين نقاشات دامت قروناً طويلة حول تحديد هذه الدارة. وكان واضحاً على الدوام أنه لا يمكن أن يلحق بها أيّة ركيزة نوعية.

تسلسل القهر: باللاتينية: sequentia violationis، بالصينية: xiangwuxu، وهو تسمية لذلك التعاقب في كيفيات الدورة الذي يتجلّى فيه اتّجاه باتولوجي لجريان الطاقة، أي اتّجاه مخل أو مدمر (انظر الكلمتين «تسلسل الكبح» و«تسلسل الإنتاج»).

الماضي: هو ذلك الجانب من الحقيقة الذي لا يدخل الوعي، ولا يتم إدراكه، إلاّ بشرط حجب هذا الوعي عن التأثيرات الحاضرة، فصله عنها تحكّمياً. يوافق الماضي تراكم الكثير من

التأثيرات، وبالتالي فله بُعد، كمّ، ولكن ليس له أيّ اتّجاه.

أطوار التحوّل: معيار عرفي سارٍ عمليّاً في كافة علوم الصين الكلاسيكية، أي في الطب أيضاً، يمكن بموجبه، وعن طريق مشاركة ثلاثة أزواج قطبية، ألا وهي التنوّع والتجانس، الفاعلية والبنائية، الراهنية والكمونية، توصيف اتّجاهات (= كيفيات) أيّة دورة نشاء بصورةٍ معيارية، أي تقييمها بشكل دقيق وصريح.

الماء: طور تحوّل عرفي للبنائية في راهنيّتها القصوى، كما تطابق مثلاً الشتاء، منتصف الليل، الشمال.

طاقة الدفاع: بالصينية wei، وتصف ذلك الشكل من الطاقة الذي يتبدى على سطح الجسم خارج طرق التوصيل في قدرة الفرد على الدفاع وفي قوّة مقاومته ضدّ المنبّهات المخلّة الخارجية.

القيمة، التقييم، قابلية التقييم: القيمة مقولة حول الكيفية، حول اتّجاه ما. التقييم تنفيذ لهذه المقولة، وقابلية التقييم إمكانيته. وبوجود هذا العدد الكبير من التأثيرات الحاضرة، فإن اتّجاه كل منها، كيفيّته، تُعتبر إمكانية التمييز الوضعية الوحيدة.

إن لغة العلم التحليلي – السببي أيضاً تعرف مفهوم القيمة، ولكنها تستعمله على نحو لا ريب أنه مستهتر، غير عملي، ولكنه تقني على أيّ حال، وذلك بأن تمرّر موقفاً ذاتيّاً في نتيجة القياس: فالقياسات بالتعريف خالية من القيمة (ليس لها أيّ اتّجاه بحدّ ذاتها!). لذلك فإن كلمةً مثل «قيمة القياس»، المصادفة كثيراً، هي منكر كلامي، خنثى مضلّلِة، كما أن استعمال كلمة القيمة بدلاً من معطى القياس أو المقاس يضع مفهوم المفقود كلّيّاً – مفهوم التقييم – محل المسموح به وحده – المقاس أو القياس.

القيمة العرفية: تُعتبر القيمة العرفية في كل علمٍ تركيبي – استقرائي الشرط الحتمي من أجل الصياغة الدقيقة، الملزمة عامّة والصريحة لمعطيات الاتّجاه، للمقولات الكيفية. وغيابها التام عمليّاً في فروع الطب الغربي بحدّ ذاته دليل على أن هذه الأخيرة إما أنها تقوم على التحليل السببي – أي أنها غير قادرة على التقييم – أو أنها تقوم بإجراء تقييمات لهذا الغرض بطريقة غير مُلزمة عامّة، من ناحية أنها تتوقّف عند مرحلة التجربة والعلم البدائي.

الطقس: وهو التعبير المباشر للمناخ، ويمارس تأثيرات بصورة متواصلة على كل فرد، من البديهي أخذها بعين الاعتبار تشخيصياً (انظر «المناخ»).

موضع التأثير: ويصف كل تأثير قابل للتعريف على انفراد، أي كل تأثير وضعي فردي.

Xue: هذا المصطلح الفنّي الصيني الذي يمكن ترجمته باللغة اليومية إلى حدّ ما بـ «الدم»، لا بد من شرحه في السياق الدقيق للطب الصيني بـ «الطاقة البنائية النوعية فرديّاً»، وهو مفهوم عام نسبيّاً من أجل كافة العصارات المتاحة لفرد معين والمميّزة له في آن معاً (انظر أيضاً «الطاقوية»).

Yang: معيار عرفي أساسي في سائر العلوم الصينية: الفاعلية، الفاعل، الفعل.

Yin: معيار عرفي أساسي في سائر العلوم الصينية: البنائية، البنائي، البناء.

Ying: تسمية عامّة للطاقات البنائية الفعّالة دائماً والمتاحة لفرد ما، وتُترجم حرفيّاً بـ «طاقة البناء»، وهي قريبة لـ xue (انظر «الطاقوية»).

تشخيص اللّسان: وهو الحكم التشخيصي على الموجود اللّساني، وذلك تبعاً لمظهر جسم اللّسان وطلاوته، وهو مكوِّن مهم من مكوّنات التشخيص الصيني عن طريق المعاينة أو التأمّل (inspectio).

فهرس نقدي للمراجع
ومزيد من الإرشادات للقارئ

يُعتبر الانفتاح المنهجي على الطب الصيني التقليدي واستكشافه المنظَّم، من حيث إدماجه في البنية الإجمالية للعلم العالمي، عمل العقود الأخيرة الذي لم يبدأ حتّى في شرق آسيا نفسه إلاّ منذ عهدٍ قريب. وقبل ذلك كان هذا الطب يُفهم ببساطة كـ «بقية تاريخية» أو كخليطٍ من معطيات الخبرة يمكن للمرءِ أن يستخرج منه ما يشاء حسب الرغبة وأن يفسِّره تبعاً لقواعد الطب الغربي وحده. كل هذه الظروف تفسِّر الندرة النسبية للدراسات الأدبية المرجعية ذات الصلة باللغة الصينية، فكيف إذاً باللغات الغربية، وكذلك حرص جمعيات الوخز بالإبر القائمة، في الغالب، على تقديم المعطيات والحيل التقنية – الفنّية («الوخز بالإبر حسب الوصفات الجاهزة») متجنّبة المضي في السياق المنهجي – المنظَّم الأوسع في الطب الصيني. ولهذا السبب فإننا سنشير بداية إلى المصادر والمراجع الصينية كمعلومات أساسية.

بيبلوغرافيا

- أ -

يقوم فهم الطب الصيني المعروض هنا، في جزءٍ أساسي منه، على الدراسة المباشرة للمصادر الصينية. والواقع أنه من الأمور المجانبة للحقائق عندما يدّعي الصينيون أنفسهم غالباً أن المؤلّفات الكلاسيكية الطبية لا تزال على اليوم، كما كانت في السابق، تمثِل المنهل المعلوماتي الأكثر أهمية والمرجع الحاسم للمعرفة والعلم الطبيين. صحيح أنه تم في هذه المؤلّفات الكلاسيكية لأوّل مرّة صوغ نظرية لا تزال سارية في جوهرها إلى اليوم، ولكن غير صحيح أن الصياغة الموجودة هناك توافق مستوى المعرفة الحالي وتفي بالمتطلّبات الحديثة. ففي الصين نفسها كان يجري بشكلٍ متّصل تهذيب لهذه النظرية، تدقيق ومراجعة وتمحيص وتمتين لها، وعلى هذا المنوال فقط بلغت ذلك المستوى الرفيع الذي يسوِّغ مقولاتٍ كالتي نجدها في هذا الكتاب. كما أنه من غير الصواب عندما يُدَّعى أن المرء لا يحتاج من أجل الوصول إلى فهم النظام ككلّ في فترة زمنية منظورة، سوى إلى تناول نص ما من النصوص القديمة – حتّى ولو كان هذا المرء يتمتّع بأعلى مستويات الثقافة اللغوية والطبية.

والأرجح أن مثل هذا الفهم لم يغد ممكناً إلاّ مع الجرد والتركيب اللذين تم إنجازهما في خمسينيات هذا القرن. إذن ثمّة سبب وجيه لكي نبدأ استعراضنا المختار للمراجع بأهم العروض الإجمالية الحديثة.

I – عروض الطب الصيني الحديثة باللغة الصينية:

1. «عرض عام للطب الصيني» (Zhongyixue guilun): الكتاب المدرسي الأساسي الذي قامت بجمعه أكاديمية نانكينغ للطب الصيني التقليدي، وظهرت طبعته الأولى عام 1958. مؤلَّف من 560 صفحة، دار نشر Renmin weisheng chubanshe، بكين.

وبعد سنة واحدة، أي في عام 1959، ظهرت طبعة ثانية منقّحة. حيث تم فيها تمتين العرض في كثير من النقاط، كما تم إكمال الأجزاء المهمّة مثل «طاقوية الأطوار». دار النشر ذاتها، بكين.

وفي السبعينيات تم إصدار الطبعة الأولى من جديد من قبل دار نشر Yiyao weisheng chubanshe في هونغ كونغ، وذلك من أجل الصينيين المغتربين قبل كل شيء (أي الذين يعيشون خارج البلاد)، وجرى توزيعها طوال سنوات عديدة.

تقدم طبعتا هذا العرض، الأولى والثانية، نظام الطب الصيني التقليدي مجموعاً بصورةٍ شاملة، وذلك عن معرفةٍ عميقة بكافة اختصاصاته وتفرّعاته، دون مراعاةٍ للتكوين النظري للطب الغربي أو لمصطلحاته، الأمر الذي أثار النقد في الصين ودفع إلى بعض «التحسينات».

2. «مواد تدريسية في الطب الصيني التقليدي»: على إثر «العرض العام» المذكور ارتفع النداء من أجل مواد تعليمية مأذون لها وشاملة، وقاد لأوّل مرّة عام 1963 إلى انعقاد مؤتمر في شانغهاي جمع سائر أكاديميات الطب الصيني التقليدي. وهناك اتُّخذ القرار بوضع رسائل في كافة الاختصاصات والتراث النظري والسريري. وهكذا ظهرت المؤلّفات المفردة التالية:

– الكتاب المدرسي في المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي

(Neijing jiangyi)

– الكتاب المدرسي في مبحث البرودة الضارّة

(Shanghanlun jiangyi)

– الكتاب المدرسي في الأمراض الحموية

(Wenbingxue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في علم الأدوية الصيني

(Zhongyaoxue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في (الخصائص المهمّة للصراخ الذهبي)

(Jinkuei yaolue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في الوصفات الصينية

(Zhongyi fangjixue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في الطب الباطني الصيني

(Zhongyi neikexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في مبحث الجروح الداخلية

(Zhongyi shangkexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في الجراحة الصينية

(Zhongyi waikexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في مبحث أمراض النساء الصيني

(Zhongyi fukexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في مبحث أمراض العيون الصيني

(Zhongyi yankexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في مبحث أمراض الأطفال الصيني

(Zhongyi erkexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في طب الأنف والأذن والحنجرة الصيني

(Zhongyi houkexue jiangyi)

– الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني

(Zhongyi zhenduanxue jiangyi)

– الكتاب المدرسي حول النظريات التاريخية المختلفة للطب الصيني

(Zhongyi gejia xuesho jiangyi)

– الكتاب المدرسي في تاريخ الطب الصيني

(Zhongguo yixueshi jiangyi)

كافة الأعمال المذكورة طُبعت ووزِّعت بدايةً من قبل دار نشر شانغهاي للعمل والتقنية (Shanghai Kexuejishu chubanshe) اعتباراً من عام 1964، وأُعيد طبعها مع بداية السبعينيات مجدّداً من قبل دار النشر هونغ كونغ للطب وعلم الأدوية والصحّة من أجل السوق الخارجية.

وبطبيعة الحال فإن هذا العرض للطب الصيني يُعتبر أوسع نطاقاً وأكثر شمولاً من العمل المفرد المذكور أولاً، ولكنه من ناحيةٍ ثانية لا يصل إلى تماسكه وقوّة إقناعه المصطلحاتية.

3. الكتاب المدرسي في المعالجة الدوائية الصينية (Zhongyaoxue jiangyi).

4. الكتاب المدرسي في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي (Zhenjiuxue jiangyi).

من الجدير بالملاحظة عدم إدراج هذين الموضوعين الرئيسين في السلسلة المذكورة آنفاً، ذلك أنه كان قد تم مسبقاً جمع كتاب مدرسي في كل منهما من قبل أكاديمية شانغهاي للطب الصيني التقليدي، وكان يعاد طبعهما وتوزيعهما منذ عام 1960 من قبل دار نشر شانغهاي للعلم والتقنية (Shanghai kexue jishu chubanshe) بداية، ثم، واعتباراً من عام 1971 أو بالأحرى 1972، من قبل دار نشر Xuelin shudian في هونغ كونغ (مؤسسة المطبوعات الأكاديمية) من أجل السوق الخارجية.

في غضون السبعينيات انتقلت الريادة في إنتاج المواد التعليمية التوجيهية إلى أكاديمية شانغهاي للطب الصيني التقليدي (Shanghei Zhonoyi Xueyuan). وقد نشرت هذه الأخيرة، أوّل ما نشرت، ملخّصاً ضخماً حول المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي.

5. «المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي»: (Zhenjiuxue)، 1974، دار نشر الصحّة الشعبية، بكين، وفي الوقت نفسه تقريباً سلسلة من الرسائل بهذا العنوان العام.

6. «مواد تعليمية مجموعة مجدّداً في الطب الصيني التقليدي»: (Xinbian zhonyixue jiaocai) وعناوين مفردة مثل:

– المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي.

– الأسس النظرية للطب الصيني.

– التدليك.

– الأذيات والجروح.

– أمراض الأنف والأذن والحنجرة.

– أمراض النساء.

– أمراض الأطفال.

– الوصفات الطبية.

– الطب الباطني.

هذه الكتب أيضاً جرى توزيعها أولاً من قبل دار نشر الصحّة الشعبية داخل البلاد، واعتباراً من عام 1976، وعبر مؤسسة المطبوعات التجارية في هونغ كونغ، في الخارج.

في وسع المرء أن يدعو السلسلة المذكورة أخيراً بـ «الجيل الثالث» من المواد التعليمية الجديدة. والواقع أنها تستمدّ من نظرية الطب والمصطلحات الغربية حجّجاً غريبة عن الطب الصيني التقليدي، ورغم كل العناية والإتقان ليس لها سوى أهمية علمية وعملية محدودة.

ومنذ نهاية السبعينيات ظهر الجيل الرابع، أو بالأحرى الخامس، من المواد التعليمية التي ما زال من يغر الممكن الحكم على حقيقة أمرها.

II. بعض النصوص الكلاسيكية:

.1 Huangdi Neijing («المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر»). وهو، بقدر ما نعرف، أوّل وأقدم مؤلَّف كلاسيكي في الطب الصيني وأكثر المؤلَّفات الكلاسيكية استشهاداً واقتباساً. ويُستخدم منه، منذ القرن الثالث عشر على أبعد تقدير، جزآن خاصان ألا وهما: 1. Suwen، «الأسئلة الصريحة» (Huangdi Neijing Suwen) في 81 فصلاً و2. Lingshu، «محور البنائية» وهو في 81 فصلاً كذلك.

أما Suwen، فهو عبارة عن جمعٍ نصّي – تاريخي غير متجانس، ترجع أقدم أجزائه إلى القرن الثالث قبل الميلاد على الأرجح. في حين يرجح أن أجزاءه الأحدث لم يتم إكمالها، أو بالأحرى إضافتها، إلاّ في القرن الثامن عشر.

أما Lingshu، فمن شبه المؤكّد أنه بشكله الحالي عبارة عن إعادة بناء تعود إلى القرن الثالث عشر، استخدمت موروثاتٍ مبعثرة من عصورٍ أقدم.

يتناول Suwen كافة ميادين نظرية الطب وعدداً من المسائل السريرية ذات الأهمية العملية، ويبدو Lingshu من عدّة وجوه أكثر تنظيراً وتجريداً، ويستشهد به خصوصاً لاحتوائه، في قسمه الأول، نظرية طرق التوصيل الأساسية في الوخز بالإبر (الفصل العاشر).

هذه الأعمال لم يتم إخضاعها لدراسات نقدية وحسب، وإنما أعيد ترتيبها من حيث المحتوى من جديد (على سبيل المثال في Leijing، أي «المؤلَّف الكلاسيكي» المرتَّب في مجموعات – لـ Zhang Jiebin في عصر Ming، القرن السادس عشر). وقد قام المرء، خصوصاً منذ عام 1950، بمحاولة ترجمة النصوص إلى اللغة الصينية الفصحى الحديثة والتعليق عليها (على سبيل المثال Huangdi Neijing Suwen Yishi، دار نشر شانغهاي للعمل والتقنية، بكين 1963). وبالطبع هناك محاولات لنقلها إلى اللغات الغربية أيضاً، أكثرها شهرة تلك التي قامت بها إلزا فيث (Ilza Veith):(The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine[109]، إلى

الإنكليزية، وتلك التي قام بها كل من Chamfrault Albert وNguyen Van Nghi إلى الفرنسية. أيّ من هذه الترجمات لم يف حتّى بمجرّد المتطلّبات العلمية المتواضعة، ولم يسمح بتطبيق عملي أو بإعادة بناء النظريات الصينية، وذلك يعود إلى أن المترجمين لم يراعوا الشرط الأكثر أهمية للنقل، ألا وهو استعمال مصطلحات صريحة ومعيارية، هذا أولاً، وثانياً لا تقدم الأعمال المذكورة بحد ذاتها، وكما عرضنا أعلاه، إطلاقاً المفتاح لفهم الطب الصيني الممارس والقابل للممارسة اليوم. فهي في أحسن الحالات توفّر نفحةً من اللون المحلّي، ويمكن أن تُقرأ بوصفها طرائف طبية – تاريخية.

2. Shanghan Zabinglun («كتاب البرودة الضارّة وأمراض مختلفة») بقلم الطبيب السريري Zhang Zhongjing في القرن الثاني بعد الميلاد. يُعتبر هذا النصّ المؤلَّف من جزأين أقدم مرجعٍ سريري باقٍ لنا من الطب الصيني. والتعبير المستخدم في العنوان: – Shanghon **<algor–laedens>**، «البرودة الضارّة»، عبارة عن مصطلح فنّي في الباتولوجيا الصينية وينسحب على الزمرة الفرعية المهمّة من الأمراض التي يمكن تفسيرها ذهنيّاً من خلال تأثير عوامل البرودة (algor). أما عبارة Zabing، (morbi varii)، «أمراض مختلفة»، فتعني أساساً كافة الأمراض، بقدر ما تُفهم وتُعالج بحسب باتولوجيا الدارات. ويحتفظ Shanghanlun إلى اليوم بأهميته كجمعٍ لوصفات العقاقير الكلاسيكية التي يجري استخدامها بانتظام في الصين أيضاً، ولكن قبل كل شيء في اليابان (وتدعى هناك «الوصفات الطبية الصينية» (Kampo).

تعرّضت هذه النصوص بانقضاء القرون إلى تغييراتٍ مختلفة نجم عنها الفصل بين Shanghanlun وJinguiyaolue («الخصائص المهمّة من الصراخ الذهبي»). واليوم نجد في الأوّل جمعاً للإرشادات الملحقة بباتولوجيا «البرودة الضارّة» (algor laedens)، وفي الثاني وصفاتٍ ومقترحاتٍ علاجية من أجل الأمراض المختلفة (morbi varii). وقد تمّت في العقود الخيرة ترجمة هذه الأعمال أيضاً إلى اللغة الصينية الفصحى الحديثة. Jinkuei yaolue

3. Mojing، «المؤلَّف الكلاسيكي للنبض». مرجع سريري يُرجَّح أن جمعه تم حوالي عام 300 بعد الميلاد من قبل Wang Shuhe، ويدرس، تبعاً لمنهج «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي»، الباتولوجيا العامّة والخاصّة، مقدِّماً أوّل عرضٍ للتخطيط الأيقوني للنبض. (كغيره من المعارف المبكرة للطب الصيني التقليدي، لم يبلغ التخطيط الأيقوني للنبض نضوجه الحالي إلاّ بمرور

القرون. لذلك لا يمكن اعتبار Mojing – كما يُفترض خطأً أحياناً – مبدأ أو أساس تشخيص النبض الحديث).

تُرجم هذا العمل إلى الألمانية من قبل هوبوتر: الطب الصيني في القرن العشرين ونشأته التاريخية، وذلك على الصفحات 239–272.

4. Zhenjiu Jiayijing، «المؤلف المنهجي للمعالجة بالإبرة والتسخين النقطي». وهو عبارة عن مؤلَّف قام بإعداده في القرن الثالث الكاتب التاوي Huangfu Mi، وجمع فيه كافة المقولات الكلاسيكية حول نظرية مبحث طرق التوصيل (Sinarteriologie) وتطبيقها العملي في المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي، والتي ترجع إلى Neijing.

ومؤخّراً تمت ترجمة هذا العمل أيضاً إلى اللغة الصينية الفصحى الحديثة: Renmin weisheng chubanshe, Zhenjiu jiayijing jiaoshi، بكين 1979.

5. Zhubing yuanhoulun، «حول منشأ وأعراض سائر الأمراض». وهو عمل موسوعي تم جمعه بناءً على أمرٍ إمبراطوري في عام 610 بعد الميلاد تحت إشراف Yuanfang، ليضمّ كلّ المعارف المتاحة آنذاك حول العوامل المحدثة للمرض وأعراضه – عدّة طبعات.

6. Qianjin yaofang, Qianjin fang، «وصفات تساوي ألف قطعة نقدية ذهبية» و«وصفات متمّمة تساوي ألف قطعة نقدية ذهبية». ويُعتبر المجموعة الأكثر شمولاً للنصائح والتوصيات الطبية، والتي قام بجمعها مؤلِّف وحيد هو التاوي Sun Simo – طبعات مختلفة.

7. Waitai biyao، «أهميات باطنية للشرفة الخارجية». وهو عبارة عن جمع قام به Wang Tao في القرن الثامن عشر ضم خبرات سريرية من منشأ تاوي في الغالب، وتتبع علم الأنماط (Typologie) الموجود في Zhubing yuanhoulun – طبعات مختلفة.

8. Bencaojing (Shennung Bencaojing)، أقدم جمعٍ للمعرفة الصيدلانية والدوائية، ويُرجَّح أن مؤلِّفه مجهول، وتم إعداده لأوّل مرّة حوالي الميلاد، حيث نُسِبَ آنذاك للبطل الثقافي Shennung. أما النصّ الحالي فهو جزئيّاً عبارة عن إعادة بناء جرت في وقت لاحق، خصوصاً في القرنين الثاني والثالث عشر، على أساسٍ من النصوص المتاحة آنذاك – طبعات مختلفة.

9. Bencao gangmu، «دستور الأدوية المنهجي»، مجموعة أعدها Li Shizhen (1518–1593) بعملٍ دام على مدى عقود، وضمّت المعرفة الدوائية والصيدلانية المتاحة آنذاك. تتمتّع هذه المجموعة بأهمية طبية – تاريخية كبرى، وما زالت إلى اليوم تُعتبر مصدراً لإيحاءاتٍ وحوافز طبية – طبعات مختلفة.

10. Nanjing، «المؤلَّف الكلاسيكي للاعتراضات (أو «للحالات الصعبة»). نص جُمِعَ في أغلب الظن حوالي الميلاد، ويكمِّل «المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي» (Nejing)، ويُعتبر العمل المهم الوحيد تقريباً الذي يتضمّن معطياتٍ ومعلومات «تشريحية». وقد تمّت مؤخّراً ترجمة هذا النص أيضاً إلى اللغة الفصحى الحديثة: Nanjing yishi، دار نشر شانغهاي للعلم والتقنية أو بالأحرى مؤسسة المطبوعات الأكاديمية في هونغ كونغ 1975.

- ب -

– التخدير بالوخز بالإبر، بكين 1972.

– الموجز في الوخز بالإبر الصيني، بكين 1975.

– غيرهارد باخمان: الوخز بالإبر – معالجة تنظيمية، في جزأين، الطبعة الثانية، هايدلبرغ 1976.

– فيلفريد بورشيت، ريوي آللي: الصين – الحياة الجديدة، برلين 1975.

– خلق طب وعلم أدوية صينيين جديدين، بكين 1977.

– Fu Wei Kang: قصّة الوخز بالإبر الصيني والتسخين النقطي، بكين 1975.

– مارسيل غرانيت: الفكر الصيني (الترجمة الألمانية لـ مانفريد بوركرت)، ميونيخ 1963.

– فيللي هارتنر: الطب في الصين القديمة في: Sinica، فرانكفورت على الماين 1941 و1942.

– جوشوا س. هورن: الطب في الصين، هامبورغ 1975.

– فرانس هوبوتر: الطب الصيني، لايبزيغ 1929.

– للمؤلِّف نفسه: «مشاهير الأطبّاء الصينيين» في: أرشيف تاريخ الطب، المجلد السابع، لايبزيغ 1914.

– للمؤلِّف نفسه: «طبيبان صينيان شهيران من العصور القديمة، Chouen Yuj وHoa T'ouo» في: أخبار الجمعية الألمانية للطب الشعبي في شرق آسيا، المجلد الواحد والعشرون، الجزء A، طوكيو 1925.

– آرثور جورس: الطب في أزمة العصر الحالي، برن، شتوتغارت 1961.

– توماس س. كون: بنية الثورة العلمية، فرانكفورت على الماين 1973.

– آرثور كلاينمان، بيتر كونستتانتر، ألكساندر إي. روسِّل، جيمس ل. غال: الطب في الثقافة الصينية: دراسات مقارنة في الرعاية الصحّية في المجتمع الصيني ومجتمعات أخرى، واشنطن 1974.

– تشارلز ليسلي (الناشر): المنظومة الطبية الآسيوية: دراسة مقارنة، بيركلي، لوس أنجلس، لندن 1976.

– يوشيو ماناكا، إيان آ. يوركهارت: دليل ليمان في الوخز بالإبر، نيويورك، طوكيو 1972.

– إرنست ماير: أسس التصنيف الحيواني، هامبورغ، برلين 1975.

– ت. ماير – شتاينيغ، ك. سودهوف: تاريخ الطب المصوَّر، شتوتغارت 1965.

– إليزابيت نويل – نويمان (الناشر): كتاب النسباخ السنوي لدراسة الرأي العام 1976، فيينا، ميونيخ، زوريخ 1976.

– هاينريش نوسباوم (الناشر): المرض المأمور طبياً، فرانكفورت على الماين 1976.

– كايسيتسو أوتسوكا: Kanpo، تاريخ ونظرية وتطبيق الطب التقليدي الصيني – الياباني، طوكيو 1976.

– كارل إي. روتشو (الناشر): ما هو المرض؟ دار مشتات 1975.

– Scaling Peaks in Medical Science، بكين 1972.

– هانس شيفر: الطب اليوم، ميونيخ 1963.

– فولفغانغ شتيغمولر: التيارات الرئيسة في الفلسفة المعاصرة، المجلد الثاني، شتوتغارت 1979.

– للمؤلِّف نفسه: النظرية والخبرة، برلين، هايدلبرغ، نيويورك 1973.

– آ. تارتارينوف: «الطب الصيني» في: «أعمال المفوضية القيصرية الروسية في بكين حول الصين»، الجزء الثاني، برلين 1858.

– بنيامين لي وورف: اللغة، التفكير، الحقيقة، هامبورغ 1963.

– ريتشارد فيلهلم: سر الازدهار الذهبي، زوريخ 1928 (طبعة ثانية: زوريخ 1948).

– فولفغانغ تسابف (الناشر): ظروف المعيشة في ألمانيا الاتحادية، التحوّل الاجتماعي وتطوّر الرعاية، فرانكفورت على الماين، نيويورك 1977.

- جـ -

أعمال لمانفريد بوركرت

1. كتب في الموضوع:

– الأسس النظرية للطب الصيني، 320 صفحة (1973). الطبعة الثانية، شتوتغارت 1982.

(الطبعة الإنكليزية: The Theoretical Foundations of Chinese Medicine، 368 صفحة (1974)، الطبعة الخامسة 1983).

– الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني، 240 صفحة (1976)، الطبعة الثانية، زوريخ 1983.

(الطبعة الإنكليزية: The Essentials of Chinese Diagnostics، 292 صفحة، زوريخ، كولومبيا، 1983).

– علم الأدوية السريري الصيني، 630 صفحة، هايدلبرغ 1978.

– الوصفات الصينية الكلاسيكية، 650 صفحة، تسوغ 1984.

– الوخز بالإبر المنهجي (بالاشتراك مع ك. هـ. هيمبن)، 520 صفحة، ميونيخ 1985.

– الصين – ثوابت في التحوّل – تأويلات عصرية للكلاسيكيات الصينية، 198 صفحة، شتوتغارت 1978.

– ترجمة لـ:

– مارسيل غرانيت: الفكر الصيني، 405 صفحات (1963)، الطبعة الرابعة، فرانكفورت على الماين 1985.

– ماكس كالتنمارك: لاوتسو والتاوية، 262 صفحة، فرانكفورت على الماين 1981.

2. مقالات:

فيما يلي مجرّد مختارات قليلة من حوالي 300 مقالة ظهرت حتّى الآن:

– دراسات لبعض المفاهيم الأساسية والعلاقات الفلسفية – العلمية بالصينية في مجلة الجمعية الشرقية الألمانية، 110، العدد 2، 1961.

– شفاء قرحات المعدة والاثني عشري عن طريق تمارين ch'i في أخبار بازل، 16–17 . 12 . 1960.

– طب الصين اليوم في صحيفة التجارة،21–22 . 10 . 1960.

– الكتاب المدرسي الجديد في الطب الصيني في صحيفة التجارة، 11–12. 11 . 1960.

– Hua t'uo – جرّاح صيني من القرن الثاني بعد الميلاد، في: عظماء العالم، زوريخ 1971.

– الأسئلة الأساسية في المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر (Huang-ti Neiching Suwen) – حول أقدم مؤلَّف كلاسيكي في الطب الصيني، في: أخبار بازل، 25 . 5 . 1963.

– الحافز الفكري والاجتماعي وراء ثورة الطب الصيني، في: Wenner Gren Symposium No. 53 Proceedings, 1971.

– الطب الصيني، الطب الآخر، في صفحة جنوب ألمانيا، 15–16 . 1674.

– المصطلحات الطاقوية في مؤلفات الطب الصيني التقليدي الكلاسيكية، في: 1965, Sinologica II.

– المكانة العلمية للوخز بالإبر، في مجلة ميونيخ الطبية الأسبوعية، 2 . 4 . 1976.

– المقدمات الموضوعية لنقاش علمي للوخز بالإبر، في الصحيفة الطبية الألمانية، 29 . 4 . 1976.

– معلومات خاطئة عن الطب الصيني، في مجلة الجولة السياسية – الصحّية، آذار 1981.

– بخصوص «الاختبار الدوائي، من العصر الحجري»... في مجلة الجولة السياسية – الصحّيّة، نيسان 1982.

– مناهج العلوم الصينية كأساسٍ لطبٍ كلاّني، في الطب، الإنسان، المجتمع، 8 . 1983.

– المهمّة الصعبة لدمج العلم الصيني والغربي: قضية التأويلات العصرية للطب الصيني التقليدي، في الكتاب التذكاري نيدهام، شانغهاي 1982.

– الاتّجاه والمقاس: الفكر الطبي في أوروبا وفي الصين، في الكتاب السنوي إيرانوس، 1980.

– الوضوح والتأثير: فهم الجسد في الطب الصيني، في الكتاب السنوي إيرانوس، 1983.

نطق الكلمات الصينية
وطريقة الكتابة المستخدمة في هذا الكتاب

جرّاء قلّة عدد الأصوات اللغوية أو الفونيمات (phoneme)[110] وما ينجم عنها من كثرة مصادفة الكلمات أو تراكيب الكلمات ذات النغمة المتماثلة (اللفظات المتجانسة: homonym)[111]. والمعاني المختلفة كلّيّاً، لا بد من كتابة الصينية اليوم، كما هي الحال منذ القدم، بطريقة كتابة الرموز أو الإشارات، التي توفّر دلالات على مؤدّى المفاهيم.

ولما كان من غير الممكن افتراض معرفة أيّ شعب غربي كتابة الإشارات هذه، فإنه لا بد من كتابة المفاهيم الصينية، صوتيّاً، باستعمال الأبجدية الغربية. ومن هنا يجري في الغرب، منذ القرن السابع عشر على الأقلّ، بشكلٍ موسَّع منذ القرن التاسع عشر، استخدام أنظمة نقلٍ كتابي (transkription) مختلفة، وذلك تبعاً للتكافؤ الصوتي الذي يُنسب للأحرف اللاتينية في اللغة الأم للمستخدم. كما قام الصينيون أنفسهم، لأغراضٍ تربوية، تعليمية وعلمية، بتطوير ثلاثة أنظمة نقل على الأقلّ، اثنان منها باستخدام الأبجدية اللاتينية. ولا مفرّ من الاعتراف بأن الاستخدام التنافسي لأشكال النقل الكتابي المختلفة للكلمة الصينية ذاتها يمثِّل لكلّ شخص حيادي مصدراً للبلبلة لا ينضب. رغم ذلك فإن كل عالم أو مؤلِّف حريص ورزين لا بد أن يسعى، في كتبه الصينية، إلى استخدام النظام الأوسع انتشاراً. وهذا يفسّر لماذا نستخدم نحن أيضاً لأوّل مرّة ما يُسمّى بطريقة pinyin في الكتاب الذي بين أيدينا: صحيح أنه أُعلن في الجمهورية الشعبية منذ عام 1958 أنه النظام الوحيد الملزِم، وذلك للأغراض الخاصّة المذكورة، إلاّ أنه لم يفرض نفسه في علم الصين

الدولي إلاّ ببطء شديد، وليس بصورة كاملة إلى اليوم. ومن ناحيةٍ ثانية قام كل من اتّحاد البريد العالمي وسائر وكالات الصحافة الدولية، منذ سنوات قليلة، بتبديل كتابة الأسماء الصينية بصورة منتظمة إلى نظام pinyin، بحيث لم يعد هناك اليوم أيّ مبرِّر مقنع للاستمرار في تجنّبه. أما النظام الذي كان قبل ذلك واسع الانتشار في البلدان الأنغلوساكسونية فقط، فهو ما يُسمّى بنظام – Wade–Giles الذي حُوفِظَ عليه إلى اليوم من قبل جزء من الصينولوجيا (Sinologie) الأنغلوساكسونية، كما استخدمناه نحن في كتبنا الصادرة قبل عام 1981.

ولكي نوفِّر للقارئ القدرة على التوجه في الأدب المتاح، ولو في خطوطٍ عريضة على الأقلّ، ونطقاً سليماً على وجه التقريب، نبسط هنا خصائص نظام Wade–Giles ونظام pinyin كليهما – مع أهم الفوارق بينهما.

نظام Wade–Giles:

يقوم التكافؤ الصوتي للأحرف اللاتينية في نظام Wade–Giles على ثلاث قواعد رئيسة:

1. الأحرف الساكنة (Konsonant)، وتراكيب الأحرف الساكنة مثل ch، كما في الإنكليزية.

2. الأحرف الصوتية كما في اللاتينية أو الألمانية، حيث تُلفظ الأحرف الصوتية المزدوجة في المرجعية الأخيرة بصورة منفصلة، أي أن ei لا تُلفظ كـ ae، وإنما كـ e–i. استثناء: j تلفظ كما في jour بالفرنسية.

3. النطق بالهاء في الأحرف الانفجارية يُشار إليه في نظام Wade–Giles بـ '. لذلك تلفظ p'ing مثل ping بالألمانية، أما ping فتلفظ مثل bing بالألمانية. أمثلة أخرى: chung مثل dschung بالألمانية، ch'ung مثل tschung بالألمانية، Tao مثل dao بالألمانية، T'ao مثل Tao بالألمانية ...إلخ.

ثمّة حرف صوتي غائب في الكثير من اللغات الأوروبية باستثناء الروسية، وهو I خفيفة نوعاً ما، يتم نقله كتابيّاً في نظام Wade–Giles بـ shih, jih: ih أو بالأحرى بعد s مهموسة

مثل szu:u.

نظام Pinyin:

وهو يتّبع في بنيانه أنظمة النقل الكتابي الأوروبية، وقبل كل شيء أبجدية مقاطع تم إدخالها في الصين في القرن العشرين لأغراضٍ علمية، ونجم عنها وضوح أكبر إلى حدّ ما بالنسبة للعملاء الصينيين، بينما تمخّضت عن بعض القواعد الأخرى التي يجب على العامّة الأجانب مراعاتها، وهي:

غالبية الأحرف الساكنة تُلفظ كما في الإيطالية، باستثناء ما يلي:

- c مثل ts بالألمانية.
- ch مثل tsch بالألمانية، sh مثل sch بالألمانية.
- zh مثل j بالألمانية، شبيهة بـ dsch الألمانية.
- j مثل dj إنكليزية (على سبيل المثال: dki=ji).
- g مثل tji بالإنكليزية تقريباً.

لذلك ففي استعمال الأحرف الصوتية والأحرف الصوتية المزدوجة بعض الصعوبات بالنسبة للقارئ الدولي، ذلك أن الـ um laut([112] تُلغى في نظام pinyin. إذن، ففي حين أن صوت الأحرف الصوتية المفردة وبعض الأحرف الصوتية المزدوجة كما هو في الإيطالية، من الضروري مراعاة الخصائص التالية:

التركيب الصوتي yan أو بالأحرى ian، تبعاً للحرف الساكن الذي يسبقه يجب قراءته iän أو بالأحرى yän (ورد في نظام Wade-Gilde ien أو yen).

أمثلة: **qian** (**ch'ien**Wade-Giles :)، النطق الألماني التقريبي: **tjiän**.

mian (**mien**Wade-Giles :)، النطق الألماني التقريبي: **mijän**.

lian (**lien**Wade-Giles :)، النطق الألمانية التقريبي: **lijän**.

ويلفظ حرف **i** بشكل عام مثل (i) في الإيطالية أو الألمانية؛ استثناءات بعد r,sh,c، حيث يُعبَّر بهذا الحرف عن i مهموسة (Wade-Giles**ih** :) بما يشبه الحرف الروسي.

الحرف **r** يطابق دائماً، ودونما استثناء، صوت صفير خفيف، بما يشبه الحرف j في الفرنسية.

صوت الحرف o يكون في بعض المقاطع مفتوحاً أكثر، على سبيل المثال feng Wade-Giles، وفي البعض الآخر قريباً من الحرف u: chung = zhong في Wade-Giles، والنطق الألماني التقريبي: dschung، فتارةً يشير إلى o مفتوحة أكثر (lö, dö) وتارةً إلى o عميقة luo).

الحرف e يُستخدم مبدئيّاً من أجل o مفتوحة: jeu=re الفرنسية تقريباً، أو de التي تُلفظ تقريباً كما في الألمانية dö ...إلخ.

أخيراً يبقى أن نلاحظ أنه بينما يتم في نظام Wade-Giles ربط المقاطع الأحادية المتلازمة من حيث المعنى فيما بينها بشرطة وصل (-)، فإنها تُكتب في نظام pinyin ككلمة واحدة، إلاّ أنه ينجم عن ضرورة مثل هذا القرار، وبالتحديد لدى الصينيين غير المدرَّبين عادة في علم اللغة الأوروبي، حالات من الشك لا نهاية لها تقود إلى ضروبٍ من تركيب الكلمات أو فصلها.

أين يوجد الطب الصيني؟

كلما كان اهتمامكم أكبر لدى مطالعة هذا الكتاب، ازداد إلحاح السؤال الذي يطرحه الكثيرون منكم: أين يوجد الطب الصيني؟ وتتباين الإجابات عن هذا السؤال، فيما إذا كنتم تطرحونه كمرضى، كطلاب أم كأطبّاء.

الطب الصيني من وجهة نظر الطبيب:

يوجد في هذه الأثناء آلاف من الأطبّاء ومن أعضاء المهن الطبية الأخرى الذين قاموا بتحصيل معارف في الوخز بالإبر وفي غيره من فروع الطب الصيني الأخرى، وهم يطبقونها أيضاً في ممارستهم عمليّاً. وينتظم الكثير منهم في جمعيات للوخز بالإبر بهدف تعميق وصقل مهاراتهم، عن طريق برامج متابعة التحصيل، أو نقلها وتلقينها للمهتمّين من بعدهم أيضاً. ويوجد اليوم في معظم البلدان الأوروبية العديد من المعالجين الذين يضاهون في التطبيق العلاجي للإبر، دون شك، الأطبّاء الجيّدين العاملين تقليديّاً في شرق آسيا. كما يُقبل البعض منهم بصورة متزايدة على تلك الجوانب من الطب الصيني أيضاً غير المعروفة تقريباً في أوروبا إلى الآن، ونقصد استخدام وصف الأدوية أو إجراءات المعالجة الفيزيائية.

وقد تم في جمهورية الصين الشعبية نفسها تحقيق كتب تعليمية في الوخز بالإبر باللغة الإنكليزية، نجدها معروضةً كتشكيلة في المكتبات الطبية التخصّصية. غير أنه لا بد للمرء من أن يكون على بيّنة من مقاصده من وراء هذه الكتب التعليمية: فهي عبارة عن إرشادات في استخدام وخز الإبر العلاجي على أساس صورة شكايات محدَّدة، وليست عروضاً علمية للطب الصيني بأيّ حالٍ من الأحوال. فالاهتمام بهذه الأخيرة في جمهورية الصين الشعبية ليس بارزاً بصفة خاصّة،

ذلك أن وجهات النظر البرغماتية المتعلّقة بالعناية الممتدّة أفقيّاً بالمرضى لا تزال – منذ القدم وإلى الآن – تحتلّ مركز الصدارة. وهو ما يتطلّب بصورة ملحّة إرشادات بسيطة وليس عروضاً علمية تدخل في التفاصيل والجزئيات بصفة خاصّة. ولا يخفي الصينيون هذا الأمر، بل يعترفون به صراحةً، مثلما أعادته إلى أذهاننا منذ فترةٍ وجيزة الدكتورة فيرونيكا كارستنس، في رسالة قارئ إلى مجلة «Der Spiegel» (العدد 48، بتاريخ 25 . 11 . 1985)، بالمثال التالي: «منذ عهدٍ قريب، ورداً على سؤال بروفسور ألماني عُرض أمامه الوخز بالإبر أثناء رحلةٍ استطلاعية في الصين، عن الأساس العلمي للوخز بالإبر، قال مدير المشفى: «بودّي أن أحاول شرح ذلك لكم – ولكنني مضطرّ أن أقول لكم إن هذا السؤال لا يعنينا إطلاقاً. فحسبنا أن هذه الطريقة تُحدث مفعولها منذ 2500 سنة».

كنّا قد أشرنا في موضعٍ سابق من هذا الكتاب إلى أن المعالجة بالإبرة والتسخين النقطي تُطبَّق من قبل المعالجين الأوروبيين دائماً تبعاً لاعتبارات أعراضية، وفي كل الأحوال على أساس من تشخيصٍ غربي. وننصح كافة أطبّاء الوخز بالإبر أولئك الذين يعالجون على هذا النحو، ولكنهم يرغبون بالقيام بالخطوة التالية المتعمِّقة في هذا الطب المكمِّل، بالتوجّه إلى التشخيص الصيني. فهم بذلك لا يوفِّرون لمعالجتهم بالإبر أساساً متيناً وحسب، وإنما يوسّعون أيضاً فهمهم لإمكانات الطب الصيني تلك التي تقع فيما وراء استخدام الإبر. ولهذه الغاية، من الضروري بدايةً دراسة كتابي «الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني» والانتباه في الممارسة العلمية إلى الأمارات والعلامات الموصوفة فيه، أي إدراك معطيات التشخيص الصيني، إلى جانب التشخيص الغربي، وتدوينها في ملف المريض. ولا يقدّم المعالج بذلك على أيّة مخاطرة، إذ لا يمكن أن يضرّ مريضه ولا أن يتضرّر هو شخصيّاً، فيما لو أخذ بعين الاعتبار، إلى جانب المعطيات التي يستخلصها اليوم من القصّة السريرية والتشخيص، بغرض وخز الإبر في مواضع محدّدة، جزئيات واضحة أخرى.

والواقع أنه لا يمكن على هذا النحو، وخاصّة عن طريق دراسة المراجع والدراسة الذاتية، تعلُّم الوسائل الدقيقة للتشخيص الصيني إلاّ على وجه التقريب فقط. وبإمكان المعالج أن يتلقّى الإرشاد السريري والعلمي المرغوب فيه، والمهم في تشخيص النبض على سبيل المثال، في الدروس والدورات التعليمية على أفضل وجه.

ولقد قمت بتنظيم مثل هذه الدورات منذ ما يزيد عن عشر سنوات في أوروبا الغربية، وفي نيّتي القيام بذلك على نطاقٍ معين في المستقبل أيضاً. وينطبق هذا، قبل كل شيء، على تلامذتي وعلى تلامذة تلامذتي الذين يقدّمون في إطار الجمعية الدولية للطب الصيني (Societas Medicinae Sinensis) خصوصاً، وفي عدّة بلدان أوروبية أخرى أيضاً، عطاء تعليمياً مكثّفاً ومتوسّعاً باطّراد في كافة مناحي الطب الصيني، من الأسس النظرية، مروراً بالتشخيص، وصولاً إلى الوخز بالإبر والوصفات الطبية. ولم يعد التوسيع الزماني والمكاني لهذا العطاء التعليمي مشكلة مدرّسين مؤهّلين، وإنما مشكلة إقبال منظَّم بما فيه الكفاية. إن ما يُسمّى:

جمعية الطب الصيني

الجمعية الدولية للطب الصيني

(SMS)

Leopoldstr 17/III

8000 München 40-tel (098) 335612

عبارة عن جمعية علمية عامّة جعلت همّها البحث العصري، النشر العالمي، وبالطبع أيضاً التطبيق العملي للطب الصيني. وترى مهمّتها الملحّة في الوقت الحاضر في التحسين المناسب للعطاء التعليمي. باب العضوية الحرّة فيها مفتوح أمام كافة المهتمّين بالموضوع، في حين أن العضوية الأصيلة مقرونة بتأهيلٍ أو إنجازٍ علمي، وغير مقرونة، بالمقابل، بالانتماء إلى فئة مهنية معيّنة.

ولكن إلى جانب SMS، وقبلها زمنيّاً، تقوم مجموعة كبيرة من الجمعيات المهنية التي جعلت همّها التدريب والتخريج ومتابعة التحصيل في مجال الوخز بالإبر على الأقل.. نذكر منها:

– الجمعية الطبية الألمانية للوخز بالإبر

مركز متابعة التحصيل

Bismarckstr. 114

4 150 Krefeld–Tel. (02151) 65201

– الأكاديمية الألمانية للوخز بالإبر والطب الأذني

Poppenbüttler Hauptstr. 11a

2000 Hamburg 65–Tel. (040) 6062224

– رابطة الوخز بالإبر الكلاسيكي والطب الصيني التقليدي

Iserlohnerstr. 56

5870 Hemer 4– Tel. (02372) 3005

(089) 562152

وفضلاً عن ذلك، في الدول التي تتكلّم الألمانية.

– الجمعية الطبية السويسرية للوخز بالإبر

Casella Postale 173

CH – 6902 Lugano– Paradiso

– رابطة الأطبّاء المهتمّين بتشجيع الوخز بالإبر – بازل

C/O Dr. Studer

Sternengasse 21

CH–4010 Basel

– الجمعية العلمية النمساوية للوخز بالإبر

Schanze 3

A– 4902 Wolfsegg

– الجمعية النمساوية للوخز بالإبر والمعالجة الأذنية

Tivoligasse 65

A- 1120 Wien

إن العرض التعليمي لهذه الجمعيات واسع للغاية، ولكنه متباين نوعياً أيضاً – مثلما كانت سياسة كل جمعية على حدة في السنوات الأخيرة.

ومن هنا أسمح لنفسي في هذا المجال أن أضيف إلى التوجيهات والإرشادات العلمية، مرافعة عن أعمالي الخاصّة أيضاً، والتي نتجت عن اشتغال علمي وعملي بالطب الصيني عمره الآن 30 سنة. وذلك دون تجاهل فضل المؤلفين الآخرين في نقل وتقديم الوخز بالإبر. إلا أنه لم يحرص على التصنيف والمصطلحات العلمية الموحدة والمقنعة (إلى جانب الأسس التخصصية والتوجه الدؤوب إلى المقولات الصينية الكلاسيكية) في أيّ مكان كما هي الحال في كتبي الخاصّة. وفي حين أن أهمية التصنيف لا تتكشف إلا في سياق التطبيق العملي، فإن الاحتجاج على المصطلحات يقوم به منذ زمن طويل، وقبل كل شيء، أطبّاء عاملين، بل حتّى أطبّاء يمارسون الوخز بالإبر، وحجتهم في ذلك أن الانتهاء من هذه المصطلحات يتطلّب وقتاً طويلاً يمكن توفيره.

وردّاً على ذلك أقول إن توسيع أفقنا الطبي، اتّساع إمكاناتنا العلاجية، تحسين طبنا اليومي، ليس عمل قلّة من الأشخاص، ولا حتّى مجموعات صغيرة أو دوائر منعزلة، وإنما هو يتطلّب في النهاية تضافر جهود وتعاون كل العاملين طبياً بشكل ما، دون تحفّظ – مع التباين الشديد في إسهاماتهم – بما فيهم الباحثين الجامعيين، الأطبّاء الممارسين وأتباع المهن الطبية المتخصِّصة، كما يتطلّب قبل كل شيء التواصل الطوعي والواضح، ليس فقط فيما بين المهن الطبية كافة، وإنما الأهم من ذلك بكثير، وإلى حين، هو التواصل الطوعي بين كافة الممثلين المؤهَّلين للطب الصيني من جهة، وما تجري مناجاته في الغرب على أنه «طب مدرسي» أي الطب «الغربي» المترسِّخ في المراكز العلمية من جهة ثانية. كما يتطلّب أيضاً، شأنه شأن العلوم الأخرى، تبادل الخبرات السهل والسريع بين المعنيين بالموضوع في كافة الدول، بما فيها دول شرق آسيا.

إن جانباً كبيراً من الهمّة والحماس غير العاديين ومن الاجتهاد الشخصي الظاهر بوضوح من أجل التعليم والدراسة والبحث، والمتجلّي عالميّاً في المئات من جمعيات الوخز بالإبر، ذهب في غضون العقود الأخيرة أدراج الرياح جرّاء عدم التخصّص المنهجي والانعزال والإقليمية اللغويين. إن كل طبيب يضنّ ببضعة أيام، وعند الضرورة ببضعة أسابيع يصرفها إضافيّاً لإتقان المصطلحات العلمية، الواضحة بذاتها إلى حدّ بعيد، لا بد له من إعادة النظر في هذا الوضع.

أنا لا أذكِّر بهذه السياقات لأنني يائس من التحقيق النهائي لهذه الأهداف الأساسية، وإنما على العكس، لأننا نعي بتأثّرٍ أكبر، بعد الأثر الهائل الذي أحدثته في العقد المنصرم في أمريكا الشمالية قبل كل شيء، ولكن في الصين أيضاً، الطبعة الإنكليزية لكتابي: «The Theoretical Foundations of Chinese Medicine»[113]. أو كتابي: «Essentials of Chinese Diagnostics»[114]، مدى التشتّت والبعثرة الإقليميين، وبالتالي أيضاً الفعالية السياسية المتواضعة جدّاً للمهتمّين بالوخز بالإبر الذين لا يُستهان بعددهم في أوروبا.

لقد غدت أهمية دراساتي المنهجية موضوعاً لنقاشاتٍ علمية وسياسية – طبية منذ خمس سنوات في جمهورية الصين الشعبية. ففي الطبعة الأجنبية لـ «صحيفة الشعب» الرسمية (Renmin Ribao) بتاريخ 13 تشرين الثاني 1985، جاء في مقالة بعنوان «نقل العلم الشرقي إلى الغرب والأثر الراجع الناجم عن هذا النقل» ما يلي: «بعد أن وجد الطب الغربي مدخلاً إلى بلادنا، نشب جدل حول ما إذا كان بالإمكان اعتبار الطب الصيني التقليدي طباً علميّاً أصلاً. وتُصادفنا في هذا المشهد ظواهر نادرة وغريبة، لا بد أن تحثنا على التفكير والتأمّل، ومنها مثلاً الشخصيتان الأوروبيتان اللتان تحاججان بكلّ إصرار بأن الطب الصيني يمثِّل علماً ناضجاً يعمل تبعاً لمنهج مستقلّ بذاته. إحدى هاتين الشخصيتين هي Li Yüese (جوزيف نيدهام) المعروف والمحترم دوليّاً، والأخرى هي الأستاذ الألماني Man Xibo (مانفريد بوركرت). لقد قام هذان الأوروبيان الجديران بالإعجاب بدراسة وبحث المنظومة النظرية للطب الصيني، بعملٍ دام عشرات السنين، وتوصّلا إلى أن الطب الصيني يمثِّل علماً جدليّاً ناضجاً، وليس مجرّد (طب خبرة) يفتقر إلى أيّة نظرية عقلانية. ولا نستشهد بذلك بدافعٍ من روحٍ قومية متعصّبة ضيّقة تصف كل من يتفوّه بما هو خير عنّا بأنه صديقنا. إذ إن ما أدركه هذان العالمان المثقّفان كان قد قيل سابقاً أيضاً بكلمات أخرى، ولكنه لم يجد آذاناً صاغية».

بمجرّد شعوركم، بعد ممارسةٍ طويلة، بالتشخيص الصيني كجزءٍ بديهي من عملكم الطبي، تكون الخطوة التالية توسيعاً حذراً لمعالجتكم يشمل وصف الأدوية فرديّاً. وقد قمت بوضع أسس ذلك بكتابي: «علم الأدوية السريري الصيني» (1978) و«الوصفات الصينية الكلاسيكية» (1984). بعض الأدوية المذكورة فيهما تُباع في الصيدليات دون وصفة طبية، بينما لا بد من وصفة طبية على الأقلّ للحصول على معظم الأدوية المهمّة. وفي حال ظهور بعض الصعوبات يُستحسن الاتصال بـ «SMS» المذكورة أعلاه، وهي الجمعية الوحيدة في البلدان التي تتكلّم الألمانية، التي تعقد منذ عام 1980 دوراتٍ وحلقات دراسية في المعالجة الدوائية الصينية.

الطب الصيني من وجهة نظر الطلاب والدارسين:

لم يتم حتّى الآن فرض محاضرات في الطب الصيني في أيّ نظام تعليم طبي في أوروبا. ولذا ينطبق على الطلاب (للأسف) ما كان قد قيل مسبقاً حول اطلاع الأطبّاء المجازين على هذا الطب: إن الاشتغال بهذا الطب طوعي. ولا ريب في أن هذا لا يعني عدم وجود عرض تعليمي أكاديمي في الجامعات.

أنا شخصيّاً أمثِل «الأسس النظرية للطب الصيني» ومنهجه – وبالتالي كافة الجوانب الجوهرية في الطب الصيني في الواقع – منذ عام 1969 في التعليم الأكاديمي في جامعة ميونيخ. وفي سياق عملي هذا قمت بالإشراف على عددٍ كبير من أطروحات التخرّج الطبية، وعلى عددٍ أصغر من أطروحات التخرّج الصينولوجية في هذا المجال، وذلك في ميونيخ وفي جامعاتٍ ألمانية أخرى. والبعض من حلقاتي الدراسية والبحثية أثار لدى المشاركين حوافز ودوافع تخطّت الإطار الجامعي.

إلى ذلك، ومن خلال معالجتي للمعارف اللغوية، النظرية – المعرفية، العلمية والسريرية على مدى العقدين الأخيرين، قمت في سائر جوانب وفروع الطب الصيني المهمّة بوضع الأسس الفنّية التخصّصية وإنجاز المؤلَّفات المدرسية التي تسمح بالاشتغال بهذه المعرفة وبالحوار معها، وذلك على مستوى العلم الأكثر حداثة والممارسة الأكثر نشاطاً وحيوية. وأعمل منذ بضع سنوات على «القاموس الفنّي المعياري للطب الصيني» الذي سيفتح بعد إنجازه، لكافة العلماء الغربيين

المهتمين من غير معارف صينية، باباً واسعاً وموثوقاً للولوج في التراث الغني للطب الصيني، ويسمح لهذا الأخير بالخروج من الغيتو اللغوي والمنهجي. وأنا على قناعةٍ راسخة، انطلاقاً من هذا العمل، بأن الطب الصيني يبشر بتوسيع أفق معرفتنا ومقدرتنا الطبيتين على نحو لم يسبق له مثيل. وقد شهدتُ عبر العقود الثلاثة من اشتغالي بمضمار المعرفة هذا تزايداً شديداً في الاهتمام بهذا الموضوع. ومن المؤكّد أن الفراغ منه على أنه «ظاهرة موضة»، هو أمر لم يعد يتّفق مع الواقع الحالي. فنظرياته العقلانية الواضحة تخاطب الطالب المثقّف علميّاً، وأساليبه البسيطة والمباشرة تثير إعجاب وحماس المعالج المدفوع بتحقيق الارتكاس الشافي. وبرأيي أن مدى السرعة التي يغدو فيها الطب الصيني اختصاصاً راسخاً في سائر الجامعات هي اليوم أقلّ تعلّقاً بكثير بعداوة التجديد المؤسفة التي تبديها ما تُسمّى بالمؤسسة الرسمية أو الطب المدرسي، منه بالدينامية الذاتية، بكثافة وشدّة التبادل الفكري، بتعميق الخبرات العملية، والتي لا يمكن أن تتكشَّف سوى من خلال التطوّر المطّرد للمجموعات الدراسية والحلقات البحثية. ففيها يمكن لتلامذتي الذين يلقنون اليوم في جيلهم الثالث الموضوعات التعليمية، أن يعملوا كوسطاء منظِّمين وكعرّابين.

وبعد، فإن معظم الجمعيات المذكورة آنفاً تضع في حسابها تأهيل وتخريج ومتابعة تحصيل الطلاب في الوخز بالإبر والطب الصيني، وذلك بفتحها باب العرض التعليمي المتوافر أمام هؤلاء الطلاب بشروطٍ ميسَّرة.

الطب الصيني من وجهة نظر المريض:

مما لا شك فيه أن اهتمام الفرد بصحّته، أي بالحفاظ عليها واستردادها، يشكّل الحافز لتعاطف كل من يعمل في الشؤون الصحّية. كما لا يمكن التغاضي عن مطالبة الكثير من البشر بأساليب ووسائل علاجية تبدي تأثيرها المرغوب دون أن تسبب أضراراً جديدة.

وكما شدّدنا في الفصول السابقة من هذا الكتاب، مراراً وتكراراً، يُعتبر الطب الصيني، في ميدان عمله وفعاليته الراهن، في جوهره وبالتعريف، ليس فقط طبّاً كلاّنياً، وإنما أيضاً طبّاً فردانيّاً. ليس من النادر أن يكون المرضى، ومن خلال إشاراتهم إلى تقارير في الصحف والمجلات والكتب، هم من يحفِّز الطبيب إلى الاشتغال بأشكال أخرى من الممارسة العلاجية، ومن بينها الوخز بالإبر

والطب الصيني، والتي تقع خارج إطار عرض ما يُسمّى بـ «الطب المدرسي». وأحد مبرّرات وضع هذا الكتاب هو توفير الحجج والأدلة لهؤلاء الناس.

والآن قد يتّفق أن الطبيب في محل إقامتكم، أو بالقرب من مكان عملكم، يصمّ أذنيه، لأسباب مختلفة، عن رغباتكم. في مثل هذه الحالة يُستحسن التوجّه إلى الجمعيات التي أسلفنا ذكرها مع عناوينها الكاملة وأرقام هواتفها. صحيح أنه يُحظَّر عليها – كما عليّ شخصيّاً – بسبب الأحكام القائمة عرفيّاً، توجيه المريض بذكر عناوين معالجين معنيين، ولكنها مخوّلة، ومستعدّة عن طيب خاطر عادةً، لإرسال لوائح بأعضائها الذين يزاولون عملهم بجوار المريض المستغيث. وسيكون من المهمّ دوماً أن تجدوا معالجاً ينال ثقتكم ويقدّم العون لكم.

وليس أقلّ مصادفةً أن تكون علاقتكم بطبيبكم علاقة ثقة مميّزة، ليس فقط لأنه كان قد عالجكم بالوخز بالإبر وبطرق الطب الصيني الأخرى بنجاحٍ تام، وإنما لأنكم تعرفون عنه، فضلاً عن ذلك، سعيه المستمر إلى مواصلة استكمال معارفه وإغناء علمه، وذلك في محافل متابعة التحصيل. إلاّ أنكم قد تُفاجَؤون عندئذٍ بأن تكاليف معالجات معيّنة لدى هذا الطبيب الذات لا يعوضها التأمين الصحّي، أو أن بعض الأدوية أو الوصفات غير متوافرة في الصيدلية، أو أنها متوافرة، ولكن التأمين الصحّي لا يدفع لكم قيمتها هي أيضاً، أو قد يفاجئكم أيضاً أن لا سبيل أمام هذا الطبيب إلى أي اختصاصيّ من أجل استشارةٍ تتعلّق بجوانب معيّنة من مرضكم، وغير ذلك الكثير. بالاختصار ينشأ لديكم الانطباع بأن هذا الطبيب المنفتح على طبّ إنساني وفرداني يصطدم في كل روحاته وغدواته بعراقيل وعوائق ذات طابع سياسي وتنظيمي خارج نطاق إمكانية تأثيره، وتأثيركم أيضاً. في مثل هذه الحالة ما عليكم سوى التفكير جدّياً فيما إذا لم يكن من الصواب الانضمام إلى:

جمعية مشجعي طب الخبرة

الطبيعة والطب

Ahrstr. 45

5300 Bonn 2 - Tel (0228) 302165-6

ودعمها. هذه الجمعية التي تأسّست بمبادرة من الدكتورة الطبيبة فيرونيكا كارستنس، زوجة الرئيس الاتحادي الأسبق، وتحت إشرافها، بالاشتراك مع شخصياتٍ لها شأنها في الحياة العامّة، لم يكن هدفها الأول، ولا حتّى غايتها الوحيدة، تشجيع الطب الصيني، وإنما، وبشكلٍ أكثر شمولية، تشجيع الشروط الصالحة في العلم والبحث، والتي يتم من خلالها التغلّب على انقسام شؤوننا الصحّيّة القائم في الواقع على امتداد مسافات شاسعة – إلى «طبّ مدرسي» آخذ في التضيّق منهجيّاً باستمرار، ومعترف به وحده في شؤون الامتحانات الحكومية، كما في لائحة خدمات التأمين والمحاكم، من جهة، والعرض الواسع من المعرفة الطبية الموروثة الذي لا يسمح، أو لم يسمح بعد، أو لم يعد يسمح بإدخاله في صيغ الطب المدرسي، ولذلك فهو مستبعد أيضاً من التمثيل المناسب في البحث والتعليم والشؤون الصحّية العامّة، من جهة أخرى.

إن الطب الصيني القائم على منهج تركيبي – استقرائي منطقي ومتماسك، هو نظام طبّ مسحوب على الوظيفة وناضج منهجيّاً. وباعتبار أن سبيل تعليم وتطبيق هذا الطب لا تعترضه بالدرجة الأولى، والثانية والثالثة، عوائق مادّية، وإنما عراقيل وحصارات فكرية ومنهجية وذهنية، فإن فتح الأفق الفكري، وهو ما تسعى إليه جمعية الطبيعة والطب المذكورة، يُعتبر أفضل السبل التي تتيح لثروة الطب الصيني المعرفية الغنية تحقيق فعاليتها وتأثيرها القادرة عليهما.

Notes

[1←]

ت. ماير – شتاينغ، ك. زودهوف: تاريخ الطب المصوّر، الطبعة الخامسة، شتوتغارت 1965، ص 30.

[2←]

آرثور جورِس: الطب في أزمة العصر، بيرن/ شتوتغارت 1961، ص 38.

[3←]

ت. ماير – شتاينغ، ك. زودهوف: مرجع سابق، ص 320.

[4←]

كريستوف هيلبرغر: أهداف السياسة الصحية ونتائجها، في: فولفغانغ تسابف (الناشر): ظروف الحياة في ألمانيا الاتحادية، التغيّر الاجتماعي وتطوّر الرعاية، فرانكفورت/ نيويورك 1977، ص 686.

[5←]

هانس شيفر: الطب اليوم، ميونيخ 1963، ص 113.

[6←]

آرثور جورس: مرجع سابق، ص 54.

[7←]

كريستوف هيلبرغر: مرجع سابق، ص 690.

[8←]

المرجع السابق، ص 691.

[9←]

إليزابيت نوبل – نويمان (الناشر): الكتاب السنوي لدراسة الرأي العام أللنسباخ 1976، فيينا /ميونيخ/ زوريخ 1976، ص 180. على السؤال: «كيف تصف حالتك الصحية على وجه الإجمال؟». كانت إجابة 18 بالمئة «جيّدة جدّاً»، 41 بالمئة «جيّدة نوعاً ما»، 35 بالمئة «لا بأس»، 5 بالمئة «سيّئة نوعاً ما، و1 بالمئة «سيّئة جدّاً».

[10←]

آرثور جورِس: مرجع سابق، ص 26.

[11←]

مثلاً طبيب الأعصاب رونالد شيفر من برلين: الوخز بالإبر من وجهة نظر طبيب أعصاب ناقد، محاضرة في «الوخز بالإبر» العدد 1، 1974.

[12←]

صحيفة جنوب ألمانيا، العدد 173، تاريخ 30–31 تموز 1977.

[13←]

توره فون أوكسكول: عند حدود الطب، في هاينريش نوسباوم (الناشر): المرض المأمور طبياً، فرانكفورت على الماين 1977، ص 100.

[14←]

من الكلمة اليونانية iatros (طبيب) و genesis (منشأ).

[15←]

آرثور جورس: مرجع سابق، ص 58.

[16←]

المرجع نفسه، ص 54.

[17←]

بنيامين لي وورف: اللغة، التفكير، الحقيقة، مساهمات في ما وراء علم اللغة وفلسفة اللغة، هامبورغ 1963، ص 12.

[18←]

وورف، مرجع سابق، ص 52.

[19←]

المرجع نفسه، ص 46.

[20←]

توماس س. كون: بنية الثورة العلمية، فرانكفورت على الماين 1973، ص 45. بالنسبة لمفهوم «العلم العادي» الذي يستخدمه كون كمصطلح فني، يكفي أن نثبت أنه ينطبق على العلم الطبي الحالي.

[21←]

وورف، مرجع سابق، ص 40.

[22←]

وورف، مرجع سابق، ص 52.

[23←]

فولفغانغ شتيفمولّلر: النظرية والخبرة، برلين /هايدلبرغ/ نيويورك 1973، ص 8.

[24←]

بيشات – نقلاً عن ت. ماير – شتاينغ، ك. زودهوف: تاريخ الطب المصور، شتوتغارت 1963، ص 299.

[25←]

فيكتور فون فايتسيكر: الطبيب والمريض (1927)؛ في: كارل إي. روتشو (الناشر): ما هو المرض؟ دار مسشتات 1975.

[26←]

وورف، مرجع سابق، ص 20.

[27←]

من اليونانية soma (الجسد، البدن).

[28←]

ك. غ. يونغ في مقدمته لـ: ريتشارد فيلهلم: سرّ الازدهار الذهبي، زوريخ 1928، ص 74.

[29←]

«حياة من غير ألم: أمل الملايين»، تأليف: مانفريد كونليشنر، ترجمة: إلياس حاجوج، دار الفاضل. – (المترجم).

[30←]

مرجع سابق، طبعة ثانية، زوريخ 1948.

[31←]

نجد وصفاً مفصلاً للأدب الطبي الكلاسيكي في فهرس الكتب II – آ.

[32←]

Orbisikonographie

[33←]

هذا الإثبات البديهي أساساً، في حال الاتصال الحميم مع المصادر الصينية ومعرفتها الوثيقة، شدّدنا عليه مؤخّراً مراراً وتكراراً، وبكل الأحوال لم يُصغ للمرة الأولى. ففي أواسط القرن الماضي كان الطبيب الروسي آ. تاتارينوف قد أثبت في «ملاحظات حول استخدام الأدوية المسكنة في العمليات الجراحية وحول المعالجة المائية التجريبية في الصين»، أنه «لا يوجد في الطب الصيني بأكمله أي أثر للمعارف التشريحية»، أو أنها «ضعيفة لدرجة أنها غير جديرة بالاهتمام» (انظر «أعمال المفوضية الروسية القيصرية إلى بكين حول الصين، شعبها، دينها، مؤسساتها والعلاقات الاجتماعية». عن الروسية طبقاً للأصل في بطرسبورغ 1857–1852 من قبل الدكتور كارل آبل وف. آ. ميكلينبورغ، برلين 1858).

[34←]
لودفيغ فيتغنشتاين: دراسات فلسفية 43، في: أعمال لودفيغ فيتغنشتاين، الجزء الأول، فرانكفورت على الماين 1963، ص 311.

[35←]
مارسيل غرانيت: الفكر الصيني، ميونيخ 1963، ص 87.

[36←]
من يشف يكون على حق. – (المترجم).

[37←]
Moxa (أو moxibustion) كلمة مشتقة من اليابانية «mogusa» (حبق الراعي أو الأرطماسيا المجففة) والتي هي بدورها تكييف ياباني للكلمة الصينية jiu. فقد لاحظ المرء في الصين القديمة أن تطبيق الحرارة على نقاط التنبيه قد يجلب الشفاء. ومؤخّراً قادت النتائج الطبية لهذه المعالجة وطيف استطبابها الواسع، وغالباً بالمشاركة مع الوخز بالإبر، إلى ولادة جديدة لـ Moxa عالمياً. وقد رأينا ترجمة هذه الكلمة بـ «التسخين النقطي». – (المترجم).

[38←]
مدينة في وسط ألمانيا. – (المترجم).

[39←]
بول نوجييه: حول وخز صيوان الأذن بالإبر، في: المجلة الألمانية للوخز بالإبر 1958، العدد 3- 4، 5- 6، 7- 8.

[40←]
يُرجَح أنه مولود في عام 216 قبل الميلاد.

[41←]
تعود الترجمة لفرانس هوبرتَر في: طبيبان صينيان شهيران من العصور القديمة Chouen Yu-I وHoa Tuo، في: أخبار الجمعية الألمانية للطب الطبيعي والشعبي في شرق آسيا، المجلد الواحد والعشرون، الجزء A، طوكيو 1926، ص 19.

[42←]
مصطلح فني من اللاتينية: ardor = وهج.

[43←]
فرانس هوبوتر، مرجع سابق، ص 15.

[44←]

آ. تارتارينوف، الطب الصيني، مرجع سابق.

[45←]

وورف، مرجع سابق، ص 20.

[46←]

النص الأصلي بالإنكليزية:

"Unite all sections of medical and public health workers, veteran or new, Chinese or Western style, in a solid united front and strive to promote the great work of public health for the people".

في: خلق طب وعلم وأدوية صينيين جيّدين، Foregin Language Press، بكين 1977، ص 6.

[47←]

في: Scaling Peaks in Medical Science? Foregin Language Press, Peking 1972, S.9

[48←]

وهذا النص عبارة عن الفصل الخامس من، «الأسئلة الأساسية في المؤلَّف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر».

[49←]

وورف، مرجع سابق، ص 1.

[50←]

ن. ر. هانسون: Patterns of Discovery، كامبريدج 1958. كما نجد عرضاً مفصّلاً للإشكالية النظرية – العلمية في: فولفغانغ شتيغموللر: النظرية والخبرة، الجزء الثاني، بنى النظرية وديناموية النظرية، برلين / هايدلبرغ/ نيويورك 1973.

[51←]

تدعى طرق التوصيل الطاقوية حتّى الآن بصفة عامة بـ «الخطوط». وتسمّى بالمصطلحات العلمية «الشرايين الصينية» (انظر أيضاً فهرس الكلمات).

[52←]

«اللحم» (بالصينية: rou) يُعبّر عن المظهر الجسدي الذي يمكن للمرء أن يصفه بالنحول أو الرشاقة أو بالترهل أو الامتلاء. ولا علاقة لمثل هذا «اللحم» مبدئياً بالمهارة الحركية وقوّة الجسم. إذ يقوم هذان الأخيران على jing فقط دون غيرها (باللاتينية: nervus)، وهذا يعني العضلات والأوتار، والتي تلحق بالدارة الكبدية.

[53←]

فرانس هوبوتر: الطب الصيني، لابيزيغ 1929، ص 316.

[54←]
وهي الفترة الممتدة من الساعة الواحدة إلى الثالثة، ومن السابعة إلى التاسعة، سواء قبل أم بعد الظهر.

[55←]
نقلاً عن مانفريد بوركرت: الأسس النظرية للطب الصيني، فيسبادن 1973، ص 133.

[56←]
نجد شرحاً للكلمات اللاتينية في سياق منظّم في آخر الكتاب.

[57←]
بوشيو ماناكا، إيان آ. أوركوهارت: دليل ليمان في الوخز بالإبر، نيويورك/طوكيو 1972، ص 129.

[58←]
سنتناول فيما يلي باختصار موضوع الطرق الشبكية وتفرّعاتها. وللاستزادة نحيل القارئ على مانفريد بوركرت: الأسس النظرية للطب الصيني، ص 150.

[59←]
على سبيل المثال مانفريد بوركرت: الأسس النظرية للطب الصيني، مرجع سابق، ماناكا/أوكهارت، مرجع سابق، و«الموجز في الوخز بالإبر الصينية»، الناشر: أكاديمية الطب الصيني التقليدي، مطبوعات اللغات الأجنبية، بكين 1975. تضم مراجع الوخز بالإبر المطروحة باللغات الغربية في بعض منها رسوماً توضيحية جيّدة لمسارات طرق التوصيل ومواقع نقاط التنبيه، على أن الشروحات التابعة لها لا تستند إلى منظومة نظرية الطب التقليدية، ومن هنا فهي تغصّ بالتناقضات العديدة، وهي لا تفي باستحقاقات معايير الطب الصيني العلمي ولو بشكل تقريبي. على سبيل المثال المعلومة الوحيدة في الكتب الغربية هي ذكر الاستطبابات – أي الأمراض التي يفترض بتنبيه النقطة فيها أن يبدي تأثيراً – في حين أن العرض المناسب لا بد أن يعطي مركز الصدارة للأثر الناجم عن تنبيه نقطة ما.

[60←]
إرنست ماير: أسس التصنيف الحيواني، هامبورغ/برلين 1975، ص 13.

[61←]
Suwen، الفصل 234/22، نقلاً عن بوركرت: الأسس النظرية للطب الصيني، مرجع سابق، ص 98.

[62←]
intersubjectiv. (المترجم).

[63←]
Suwen، الفصل 234/22 نقلاً عن مانفريد بوركرت: الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني، هايدلبرغ 1976، ص 35.

[64←]

Suwen، الفصل 178/17، المرجع السابق، ص 35.

[65←]

Shanghanlun، المقطع الأول، نقلاً عن بوركرت: الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني، ص 36.

[66←]

لمزيد من التفاصيل انظر بوركرت: الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني، مرجع سابق، ص 45.

[67←]

الأسئلة الصريحة، الفصل الرابع.

[68←]

* ونحن نورد التسمية العربية تليها التسمية اللاتينية بين قوسين. – (المترجم).

[69←]

ما يُسمّى باللغة المحكية بالحزقة. – (المترجم).

[70←]

مانفريد بوركرت: الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني، مرجع سابق.

[71←]

انظر: مدرسة تودو يوشيمازو؛ والمزيد من التفاصيل في: كايزيتسو أوتوسوكا، كانبو: الطب التقليدي الصيني – الياباني، تاريخه، نظريته وتطبيقه، طوكيو 1976.

[72←]

* الحركة التنفّسية هي فترة الشهيق والزفير الذي يتلوه. – (المترجم).

[73←]

غيرهارد باخمان: الوخز بالإبر – معالجة تنظيمية، الطبعة الثانية، هايدلبرغ 1976، ص 68.

[74←]

من الفصل الثالث في «المؤلف الكلاسيكي الداخلي للأمير الأصفر».

[75←]

* مذهب جالينوس الطبي. – (المترجم).

[76←]

المسهِّلات والحقن الشرجية. – (المترجم).

[77←]
انظر: مانفريد بوركرت: علم الأدوية السريري الصيني، هايدلبرغ 1978.

[78←]
انظر: المجلة الطبية الصينية، 1981، العددين 8، 9؛ إلى ذلك انظر تعليق أستاذ الكيمياء الألماني فولترز الذي فاجأ الصحافة بعد عودته من رحلة اطّلاعية إلى الصين عام 1978، مؤكّداً أن «الغريب» يُشفى خلال يومين بوساطة المعالجة بالأدوية الصينية – وتشترط مثل هذه المعالجة بالطبع تشخيصاً حسب قواعد الطب الصيني–، بينما يتطلّب الأمر لدينا عشرة أيام. الأستاذ فولترز، الذي هو اليوم زميل في الشركة الكيميائية هوكُست، غير معروف عنه أنه أحد الأتباع المتحمّسين للطب الصيني؛ وهذا ما يزيد من أهمية تصريحه.

[79←]
الخيمياء (Alchimie): الكيمياء القديمة، وكانت غايتها تحويل المعادن الخسيسة إلى ذهب، واكتشاف علاج كلّي للمرض ووسيلة لإطالة الحياة إلى ما لا نهاية. – (المترجم).

[80←]
وهي أشرطة قياس مطاطية في الغالب تُمكّن من القياس النسبي للأبعاد. – (المترجم).

[81←]
وفيما يعرف بالطب العربي القديم أيضاً. – (المترجم).

[82←]
ماناكا، إبلاغ شخصي 1976.

[83←]
نجد تصويراً للحالة في: Hui Wen، التخدير بالوخز بالإبر في جراحة الدماغ، في: التخدير بالوخز بالإبر، بكين 1972.

[84←]
ماوتسي تونغ، نقلاً عن: التخدير بالوخز بالإبر، مرجع سابق.

[85←]
ماوتسي تونغ: الجبهة الموحَّدة في العمل الثقافي، أعمال مختارة، الجزء الثالث.

[86←]
نقلاً عن: «خلق طب وعلم أدوية صينيين جديدين»، بكين 1977.

[87←]

فيلفريد بورشيت/ ريوي آلّلي: الصين – الحياة الجديدة، برلين 1975، ص 215.

[88←]
المرجع نفسه، ص 229.

[89←]
جوشوا س. هورن: طبيب في الصين هامبورغ 1975، ص 87.

[90←]
Huangdi Neijing، Suwen، الفصل الأول، ترجمة مانفريد بوركرت.

[91←]
Shanghanlun، ترجمة مانفريد بوركرت.

[92←]
سيرة حياة Hue Tuo من الجزء 925 من الموسوعة الصينية، ترجمة النص الأصلي لمانفريد بوركرت.

[93←]
نقلاً عن مانفريد بوركرت: Hue Tuo، ملزمة خاصة من الجزء II للموسوعة: عظماء التاريخ العالمي، دار نشر كيندلَر، زوريخ 1972، ص 527.

[94←]
المرجع السابق، ص 524.

[95←]
المرجع السابق، ص 521.

[96←]
المرجع السابق، ص 522.

[97←]
آ. تارتارينوف: الطب الصيني، برلين 1858، ص 423.

[98←]
نقلاً عن فيللي هارتز: الطب في الصين القديمة، في: Sinica، فرانكفورت على الماين، 1941 و1942.

[99←]
«التخدير بالوخز بالإبر»، بكين 1972، ص 4.

[100←]

نقطة تنبيه واقعة على طريق توصيل المعي الغليظ على ظهر اليد.

[101←]

التخدير بالوخز بالإبر مجرد كذبة دعائية، في: صحيفة فرانكفورت العمومية، عدد 5. 11. 1980.

[102←]

وورف، مرجع سابق، ص 46.

[103←]

فولفغانغ ستيغموللر: التيارات الرئيسة في فلسفة العصر، الجزء II، شتوتغارت 1979، ص 773.

[104←]

غيرهارد بفول: حول فقدان الروح الأكاديمية، محاضرة في حفل بمناسبة «مرور 20 سنة على مركز أبحاث نوي هيربيرغ» في 10. 12. 1980، مخطوطة جمعية أبحاث الإشعاعات والبيئة.

[105←]

* عن قول السيد المسيح: «لماذا تنظر القذى الذي في عين أخيك وأما الخشبة التي في عينك فلا تفطن لها؟». – (المترجم).

[106←]

Scholastik (السكولاستية): الفلسفة النصرانية السائدة في القرون الوسطى وأوائل عصر النهضة، وقد بُنيت على منطق أرسطو ومفهومه لما وراء الطبيعة، ولكنها اتّسمت في أوروبا الغربية خاصّةً بإخضاع الفلسفة للاهوت، ومن أبرز رجالها توما الأكويني الذي حاول أن يقيم صلة عقلانية بين العقل والدين. والمقصود هنا الكلام المحض والبعد عن الواقع والتمسّك الشديد بالتعاليم التقليدية. – (المترجم).

[107←]

آرثور جورِس، مرجع سابق، ص 54.

[108←]

Homeopathie: المعالجة المثلية، معالجة الداء بإعطاء المصاب جرعات ضئيلة من دواء لو أعطي لشخص سليم لأحدث عنده مثل أعراض المرض المعالج. – (المترجم).

[109←]

المؤلف الكلاسيكي في الطب الباطني للأمير الأصفر. – (المترجم).

[110←]

phoneme (صوت لغوي)، إحدى وحدات الكلام الصغرى التي تساعد على تمييز نطق لفظة ما عن نطق لفظة أخرى في لغة أو لهجة (مثلاً الـ p في ping والـf في fing هما فونتيمتان مختلفتان). – (المترجم).

[111←]

homonym (لفظة متجانسة)، إحدى لفظتين متماثلتين في الرسم (الإملاء) واللفظ ومختلفتين بالمعنى (مثل pool بمعنى البركة، و pool بمعنى نوع من البليارد). – (المترجم).

[112←]

تغيّر في صوت حرف العلّة (في اللغات الجرمانية) تشير إليه نقطتان فوق ذلك الحرف (كما في كلمة männer (رجال) جمعاً لكلمة mann (رجل). – (المترجم).

[113←]

الأسس النظرية للطب الصيني. – (المترجم).

[114←]

الكتاب المدرسي في التشخيص الصيني. – (المترجم).